

Nos complace darle la bienvenida como paciente nuevo de Western Sierra Medical Clinic.

Necesitamos su ayuda y cooperación para llenar tres formularios por completo con el fin de inscribirlo:

1. Registro del Paciente
2. Cuestionario de Salud
3. Consentimiento de Tratamiento
4. Divulgación de Expedientes Médicos

Además, necesitamos que confirme que recibió y revisó el Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes de Western Sierra. El paquete explica sus derechos y responsabilidades como paciente y contiene políticas y divulgaciones, como lo exige la ley.

Deseamos apoyarlo con su salud y bienestar.

Atentamente,

El Personal de Western Sierra Medical Clinic

844 Old Tunnel Road | Grass Valley, CA 95945 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255
209 Nevada St. | Downieville, CA 95936 | 530-289-3298 | Fax: 530-289-3159
10544 Spenceville Road | Penn Valley, CA 95946 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255
3111 Professional Drive | Auburn, CA 95603 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255
12183 Locksley Lane | Suite 107 | Auburn, CA 95602 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255
Kings Beach-Tahoe | 8665 Salmon Ave. | Kings Beach, CA 96143 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
o Sr. o Sra. o Srita.		Apellido	Nombre
Dirección de Casa (Número y Calle)		Segundo Nombre	
Dirección de Casa (Número y Calle)		Dirección Postal (si es diferente)	
Ciudad	Estado	Código Postal	Paciente Empleado de
Teléfono de Casa ()	Teléfono del Trabajo ()	N.º de Ext. ()	Fecha de Nacimiento
Número de Seguro Social del Paciente -- --			
Raza (marque una opción): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> De Asia-Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense <input type="checkbox"/> Afroestadounidense (no de origen Hispano) <input type="checkbox"/> Caucásico (no de origen Hispano) <input type="checkbox"/> Hispano (de origen Español o Latinoamericano) <input type="checkbox"/> Otro			
¿Cuál es su origen étnico? <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	Tamaño de su Familia (por hogar)	Ingreso anual del hogar	Idioma Principal
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana u Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elige no declararlo		Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no declararlo	
¿Es Ciudadano Estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es Trabajador Temporal Agrícola y Migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es Indigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es Ciudadano Naturalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En Caso de Emergencia, Notifíquese a	Relación con el Paciente	Teléfono del Trabajo N.º de Ext. () ()
Teléfono de Casa ()			
Gratis ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE: "Mi Portal de Salud"			
Dirección de Correo Electrónico (Limitado a Adultos de 18 años y mayores):		Los Beneficios incluyen: * Ver citas próximas (fecha y hora) * Revisar el estado de las remisiones * Ver y descargar o imprimir sus expedientes médicos personales	
AVAL, PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO			
o Sr. o Sra. o Srita.		Apellido	Nombre
Dirección de Facturación (si es diferente a la del paciente)		Segundo Nombre	Relación con el Paciente
Dirección de Facturación (si es diferente a la del paciente)		Ciudad	Estado
Empleador de		Código postal	Teléfono de Casa ()
Empleador de		Puesto o Departamento del Empleo	Teléfono del Trabajo N.º de Ext. () ()
Dirección del Empleador (Calle y Número)		N.º de Seguro Social del Aval	Fecha de Nacimiento del Aval
Ciudad	Estado	Código Postal	
INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO			
Compañía de Seguros Primaria	Número de Grupo	Identificación del Suscriptor	
Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Nombre y Número del Plan	
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO			
Compañía de Seguros Secundaria	Número de Grupo	Identificación del Suscriptor	

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ___/___/___ **FECHA:** ___/___/___

¿Cuál centro de salud prefiere? Grass Valley Penn Valley Auburn Kings Beach-Tahoe

La siguiente información les ayudará a usted y a su proveedor a concentrarse en los temas y las inquietudes de salud que lo afecten o puedan afectarlo. Responda las preguntas de la forma más completa posible.

ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES

A continuación, indique sus problemas médicos marcando las casillas correspondientes:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención (ADD): Si lo tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad: Si la tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Dolor Crónico: Si lo tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Depresión: Si la tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Otro Diagnóstico de Salud Mental: Si la tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Si lo tiene, ¿de qué tipo?) _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Actualmente tiene Pensamientos Suicidas? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hemorroides o Sangrado Rectal | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones o Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Úlceras Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Pólipos del Colon | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Colon Irritable | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Enfisema o Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| | | | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Escriba todas sus cirugías y hospitalizaciones (incluidas las hospitalizaciones psiquiátricas):

Tipo	Año	Médica	Psiquiátrica	Hospital, Ciudad, Estado
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? Escribalos y anote su reacción:

Alimento o Medicamento	Reacción

¿Ve a algún otro proveedor médico o especialista actualmente? Si es así, escriba sus nombres, así como los servicios o medicamentos que le brinden. **Solicite los expedientes para cada proveedor o especialista.**

Nombre	Servicio o Medicamentos

Escriba todos los medicamentos que tome, incluida la concentración y frecuencia. Incluya todos los medicamentos sin receta médica, vitaminas y suplementos herbarios. Incluya cualquier medicamento que haya tomado en los últimos 6 meses. Si necesita más espacio, adjunte una lista adicional.

Nombre	Concentración	Frecuencia	Padecimiento	¿Lo Toma Actualmente?

CUIDADO PREVENTIVO DE LA SALUD

A. Año de la Última Vacuna:

Tétanos: ____ Neumonía: ____ Pneumovax: ____ Prevnar 13: ____ Influenza: ____ Herpes: ____
 ¿Ha tenido Varicela? Sí No ¿Lo han vacunado contra la Varicela? Sí No

B. Colonoscopia:

Año de la última Colonoscopia: _____ Médico: _____

C. Solamente Mujeres:

Fecha de la última Mamografía: ____/____/____; Médico: _____
 Fecha del último Papanicolau: ____/____/____; Médico: _____
 Fecha de la última regla: ____/____/____; ¿Se sometió a una histerectomía? _____ Completa Parcial
 ¿Está embarazada? _____ Médico Obstetra: _____

D. Solamente Hombres:

Fecha del último Examen de la Próstata: ____/____/____; Médico: _____
 Fecha de la Prueba del Antígeno Prostático en Sangre: ____/____/____; Médico: _____

E. Densidad Ósea

¿Le han hecho alguna Prueba de Densidad Ósea? Sí No
 De ser afirmativo, ¿cuándo? ____/____/____ Médico: _____

F. Tabaquismo

¿Fuma? Sí No
 Si fuma, ¿cuántos cigarrillos fuma al día? _____ ¿Le interesa dejar de fumar? Sí No
 ¿Cuánto tiempo después de despertarse por la mañana fuma su primer cigarro? _____

G. Alcohol

¿Bebe alcohol? Sí No ¿Cuántas copas toma al día? _____

H. Drogas

¿Consuma alguna droga, como marihuana (cannabis), cocaína, heroína, etc.?

Nombre	Consumo Previo	Consumo Actual

I. Diabetes

¿Es diabético? Sí No Fecha del último examen de A1C: ____/____/____
 Fecha de último examen de la vista: ____/____/____ ¿Se practica exámenes de los pies diariamente? Sí No

¿Tiene alguna discapacidad de la cual quiera informarnos?

<input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la vista	<input type="checkbox"/> Discapacidad Física
<input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la audición	<input type="checkbox"/> Discapacidad del Aprendizaje
<input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la comunicación	<input type="checkbox"/> Solicito una cita para papeleo de discapacidad

Si es así, ¿con qué adaptaciones razonables podemos ayudarle (por ejemplo, materiales educativos con letra grande o adaptaciones para una silla de ruedas)?

¿Cuenta con un testamento en vida o voluntad anticipada? Sí No

De no ser así, ¿le interesa hablar de esto con un miembro del personal? Sí No

¿Cuenta con un tutor/representante legal o apoderado? Sí No

Explique por qué está aquí hoy: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS FAMILIARES

Si algún familiar consanguíneo tuvo alguno de los siguientes padecimientos, marque la casilla e **indique cuál familiar**:

<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Enfisema o Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Alzheimer o Demencia	<input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico	<input type="checkbox"/> Trastorno Genético	<input type="checkbox"/> Cáncer (¿de qué tipo?)	

COMENTARIOS

¿Cómo supo de Western Sierra Medical Clinic?

Periódico Facebook Remisión de un proveedor de salud Radio Vecino o amigo Otro: _____

Es posible que tome cierto tiempo obtener y revisar su información de salud, e inscribirlo como paciente.

Si tiene una necesidad inmediata, visite nuestra unidad de Atención de Urgencia.

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ___/___/___ **FECHA:** ___/___/___

¿Cuál centro de salud prefiere? Grass Valley Penn Valley Auburn Kings Beach-Tahoe

La siguiente información les ayudará a usted y a su proveedor a concentrarse en los temas y las inquietudes de salud que lo afecten o puedan afectarlo. Responda las preguntas de la forma más completa posible.

ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES

A continuación, indique sus problemas médicos marcando las casillas correspondientes:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención (ADD): Si lo tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad: Si la tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Dolor Crónico: Si lo tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Depresión: Si la tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Otro Diagnóstico de Salud Mental: Si la tiene → | <input type="checkbox"/> Antecedentes | <input type="checkbox"/> Padecimiento Actual | <input type="checkbox"/> Receta Actual |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Si lo tiene, ¿de qué tipo?) _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Actualmente tiene Pensamientos Suicidas? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hemorroides o Sangrado Rectal | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones o Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Úlceras Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Pólipos del Colon | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Colon Irritable | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Enfisema o Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| | | | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Escriba todas sus cirugías y hospitalizaciones (incluidas las hospitalizaciones psiquiátricas):

Tipo	Año	Médica	Psiquiátrica	Hospital, Ciudad, Estado
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? Escribalos y anote su reacción:

Alimento o Medicamento	Reacción

¿Ve a algún otro proveedor médico o especialista actualmente? Si es así, escriba sus nombres, así como los servicios o medicamentos que le brinden. **Solicite los expedientes para cada proveedor o especialista.**

Nombre	Servicio o Medicamentos

Escriba todos los medicamentos que tome, incluida la concentración y frecuencia. Incluya todos los medicamentos sin receta médica, vitaminas y suplementos herbarios. Incluya cualquier medicamento que haya tomado en los últimos 6 meses. Si necesita más espacio, adjunte una lista adicional.

Nombre	Concentración	Frecuencia	Padecimiento	¿Lo Toma Actualmente?

CUIDADO PREVENTIVO DE LA SALUD

A. Año de la Última Vacuna:

Tétanos: ____ Neumonía: ____ Pneumovax: ____ Prevnar 13: ____ Influenza: ____ Herpes: ____
 ¿Ha tenido Varicela? Sí No ¿Lo han vacunado contra la Varicela? Sí No

B. Colonoscopia:

Año de la última Colonoscopia: _____ Médico: _____

C. Solamente Mujeres:

Fecha de la última Mamografía: ____/____/____; Médico: _____
 Fecha del último Papanicolau: ____/____/____; Médico: _____
 Fecha de la última regla: ____/____/____; ¿Se sometió a una histerectomía? _____ Completa Parcial
 ¿Está embarazada? _____ Médico Obstetra: _____

D. Solamente Hombres:

Fecha del último Examen de la Próstata: ____/____/____; Médico: _____
 Fecha de la Prueba del Antígeno Prostático en Sangre: ____/____/____; Médico: _____

E. Densidad Ósea

¿Le han hecho alguna Prueba de Densidad Ósea? Sí No
 De ser afirmativo, ¿cuándo? ____/____/____ Médico: _____

F. Tabaquismo

¿Fuma? Sí No
 Si fuma, ¿cuántos cigarrillos fuma al día? _____ ¿Le interesa dejar de fumar? Sí No
 ¿Cuánto tiempo después de despertarse por la mañana fuma su primer cigarro? _____

G. Alcohol

¿Bebe alcohol? Sí No ¿Cuántas copas toma al día? _____

H. Drogas

¿Consuma alguna droga, como marihuana (cannabis), cocaína, heroína, etc.?

Nombre	Consumo Previo	Consumo Actual

I. Diabetes

¿Es diabético? Sí No Fecha del último examen de A1C: ____/____/____
 Fecha de último examen de la vista: ____/____/____ ¿Se practica exámenes de los pies diariamente? Sí No

¿Tiene alguna discapacidad de la cual quiera informarnos?

<input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la vista	<input type="checkbox"/> Discapacidad Física
<input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la audición	<input type="checkbox"/> Discapacidad del Aprendizaje
<input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la comunicación	<input type="checkbox"/> Solicito una cita para papeleo de discapacidad

Si es así, ¿con qué adaptaciones razonables podemos ayudarle (por ejemplo, materiales educativos con letra grande o adaptaciones para una silla de ruedas)?

¿Cuenta con un testamento en vida o voluntad anticipada? Sí No

De no ser así, ¿le interesa hablar de esto con un miembro del personal? Sí No

¿Cuenta con un tutor/representante legal o apoderado? Sí No

Explique por qué está aquí hoy: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS FAMILIARES

Si algún familiar consanguíneo tuvo alguno de los siguientes padecimientos, marque la casilla e **indique cuál familiar**:

<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Enfisema o Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Alzheimer o Demencia	<input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico	<input type="checkbox"/> Trastorno Genético	<input type="checkbox"/> Cáncer (¿de qué tipo?)	

COMENTARIOS

¿Cómo supo de Western Sierra Medical Clinic?

Periódico Facebook Remisión de un proveedor de salud Radio Vecino o amigo Otro: _____

Es posible que tome cierto tiempo obtener y revisar su información de salud, e inscribirlo como paciente.

Si tiene una necesidad inmediata, visite nuestra unidad de Atención de Urgencia.

844 Old Tunnel Road | Grass Valley, CA 95945 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255
 209 Nevada St. | Downieville, CA 95936 | 530-289-3298 | Fax: 530-289-3159
 10544 Spenceville Road | Penn Valley, CA 95946 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255
 3111 Professional Drive | Auburn, CA 95603 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255
 12183 Locksley Lane | Suite 106 | Auburn, CA 95602 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255
 Kings Beach-Tahoe | 8665 Salmon Ave. | Kings Beach, CA 96143 | 530-274-9762 | Fax: 530-273-7255

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.



Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Por medio del presente documento, el que firma, como el paciente mencionado o como padre, tutor o representante legal del paciente mencionado, autoriza el tratamiento médico para el paciente de parte de Western Sierra Medical Clinic (WSMC), sus proveedores médicos y personal clínico. El tratamiento puede incluir cualquier revisión, prueba o procedimiento médico necesarios que un proveedor médico de WSMC considere pertinente, a su juicio, que el personal clínico de WSMC realice para el paciente mencionado. Entiendo y reconozco que esta autorización se da con antelación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o procedimiento que se requiera para dar consentimiento específico a cualquiera y todos los diagnósticos, tratamientos o procedimientos que el proveedor de salud de WSMC, a su juicio, pueda considerar conveniente para el paciente mencionado.

Entiendo que el paciente mencionado puede hacer preguntas y que se le contesten, y también puede rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Si el paciente mencionado solicita una prueba de abuso de sustancias, autoriza a WSMC a que obtenga una muestra en conformidad con el protocolo médico adecuado para determinar la presencia de drogas y alcohol.

Entiendo que algunos exámenes médicos (como los de aptitud para el trabajo, la escuela o el deporte) y otros servicios no están previstos para el diagnóstico de padecimientos médicos ni para reemplazar la atención médica del médico personal del paciente mencionado.

Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por escrito.

**Firma del Paciente, Padre, Tutor o
Firma del Aval o Representante Legal**

Nombre Completo en Letra de Molde

Fecha

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

1	Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
2	<input type="checkbox"/> Favor de divulgar información o enviar los registros DE WSMC* <input type="checkbox"/> Favor de facilitar los registros A WSMC (A la Persona o al Centro que se indica a continuación) (De la Persona o el Centro que se indica a continuación) * Transferir su atención primaria fuera de WSMC podría atrasar su cita para recibir atención médica de especialidad.		
3	Nombre Completo de la Institución, el Proveedor o el Individuo (o la Misma Persona)		
	Dirección		Ciudad
	Estado	Código postal	Telefónico # con el código del área Fax con el código del área
	Transmitir: <input type="checkbox"/> Verbalmente <input type="checkbox"/> Electrónico: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo postal de EE. <input type="checkbox"/> UU.: <input type="checkbox"/> CD/Film <input type="checkbox"/> USB/Film <input type="checkbox"/> Papel/Película		
4	ESCOJA SOLAMENTE UNA (1) OPCIÓN Por Divulgación <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Prueba y Tratamiento de VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tratamiento por Abuso de Alcohol/Sustancias/Drogas <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud del Comportamiento <input type="checkbox"/> Apuntes de Psicoterapia <input type="checkbox"/> Otro		
5	Plazo: <input type="checkbox"/> Última Consulta <input type="checkbox"/> Año Anterior <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Otro:		
6	<input type="checkbox"/> Todos los registros <input type="checkbox"/> Solamente estos:		
7	Motivo de la divulgación: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor de Atención <input type="checkbox"/> Otro:		
Autorización	Al firmar este documento, autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud, y entiendo que: <ul style="list-style-type: none"> • Puedo revocar esta autorización en cualquier momento dirigiéndome por escrito a WSMC. • Esta autorización es válida por un plazo máximo de 1 año o hasta la siguiente fecha, que debe ser anterior: ____ / ____ / ____. • Quien reciba su información de salud no puede divulgarla sin obtener otra autorización de su parte. • Toda la información de salud relacionada con el Abuso del Alcohol o de otras Sustancias está protegida y solamente puede divulgarse si existe un consentimiento expreso y escrito por separado de la persona a la que pertenece. • Mi tratamiento o mi condición de elegibilidad para recibir atención no se fundamenta en esta autorización. • Esta autorización es voluntaria y una fotocopia o fax de la autorización tiene la misma validez que el documento original. • Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. 		
PARA QUE LA AUTORIZACIÓN SEA VÁLIDA, LAS SECCIONES 1 A LA 7 DEBEN ESTAR LLENAS			
Firma _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Tel.: (____) _____ - _____			
Si no es el paciente: <input type="checkbox"/> Representante del Paciente (Relación _____)			

ESCRIBA DE MANERA CLARA, DE LO CONTARIO NO PODREMOS PROCESAR ESTA SOLICITUD.

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Nombre del Paciente en Letra Molde: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

La mayoría de estos consentimientos, políticas y divulgaciones mencionan un número de página en el "Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes"

Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ (Iniciales del Paciente) El Aviso de Prácticas de Privacidad de la Western Sierra Medical Clinic (WSMC) está publicado en el vestíbulo de cada instalación de la WSMC y en el sitio web de la WSMC. Se le puede proporcionar una copia si la solicita. Leí y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de la WSMC.

Política de Inasistencias

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo las políticas de la WSMC sobre las "Inasistencias". (Página 3)

Derechos y Responsabilidades del Paciente

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo los Derechos y Responsabilidades del Paciente. (Páginas 4 y 4a)

Aviso y Acuse de Recibo del Protocolo de Recetas

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo la política de la WSMC sobre sustancias controladas (Página 5)

Consentimiento para la Facturación, Liberación y Cesiones

_____ (Iniciales del Paciente) Todos los copagos, depósitos y cargos proporcionales se vencen y son pagaderos en el momento del registro. Autorizo que todos los pagos del seguro se realicen directamente a la WSMC. Esta autorización y cesión es un consentimiento único y permanente. Me reservo el derecho de revocar esto en cualquier momento mediante un aviso por escrito. (Páginas 6 y 6a)

_____ (Iniciales del Paciente) Autorizo la divulgación de la información de los formularios de reclamaciones aprobados a una compañía de seguros o una agencia autorizada, así como la divulgación de la información médica necesaria para determinar los beneficios o los beneficios por pagar por los servicios relacionados. También permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

Consentimiento para una Prueba en Caso de una Exposición Accidental del Proveedor de Salud a Patógenos que Potencialmente se Transmiten por la Sangre:

_____ (Iniciales del Paciente) Doy mi consentimiento para la realización de una prueba sanguínea si mi proveedor de salud se corta accidentalmente o se pincha con una aguja durante el transcurso de mi tratamiento.

Verificación de que recibió el "Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes"

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, entiendo y acepto toda la información del Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes.

Servicios de atención médica de especialidad

_____ (iniciales del paciente) Los pacientes que tengan al menos una consulta anual con un proveedor de la WSMC con el fin de recibir atención médica primaria tienen prioridad para programar los servicios de atención de especialidad que se ofrecen mediante la WSMC. Si usted no es un paciente de atención médica primaria de la WSMC que haya tenido al menos una consulta anual con un proveedor de la WSMC, o si se transfiere a un proveedor de atención médica primaria externo, es posible que se retrase su cita para recibir atención médica de especialidad en la WSMC, como servicios de salud dental o del comportamiento, y que se le coloque en una lista de espera para recibir atención médica de especialidad. Recibí, leí y entiendo la política de servicios de atención médica de especialidad de la WSMC.

Avisos, políticas y procedimientos sujetos a cambio

_____ (Iniciales del Paciente) Los avisos, las políticas y los procedimientos anteriores están sujetos a cambio. Entiendo y acepto que me comunicarán cualquier cambio a algún aviso, política o procedimiento a través del portal para pacientes y que estaré sujeto a dichos cambios, a menos que indique por escrito que no acepto los cambios.

¿Se pueden dejar mensajes confidenciales en su correo de voz? _____ Sí _____ No

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal: _____ Fecha ___/___/___

Firma del Personal de la WSMC: _____

Paquete de Bienvenida para Pacientes Nuevos

wsmcmed.org

¡Bienvenido a Western Sierra Medical Clinic!

Western Sierra Medical Clinic, Inc. (WSMC) ha ofrecido servicios de atención médica en nuestra comunidad desde 1979. Desde los centros de salud en Downieville y Grass Valley, añadimos un centro en Penn Valley y nos expandimos al Condado de Placer con centros en Auburn y Kings Beach-Tahoe. Aunque hemos crecido, nuestra misión de proporcionar atención médica de alta calidad, sin importar la capacidad de un paciente para pagarla, se ha mantenido constante. Contamos con un equipo de proveedores médicos, dentales y de salud mental de primer nivel que son parte de la comunidad y están comprometidos con la salud y el bienestar de cada paciente.

Información Importante del Paciente

El contenido de este paquete describe las políticas, las condiciones y los requisitos para los pacientes de WSMC. Es importante que todos los pacientes lean y confirmen su aceptación de las políticas, las divulgaciones y los consentimientos específicos que se mencionan en el formulario de Confirmación de Pacientes Nuevos. Estos son requisitos de WSMC y de las leyes y regulaciones que rigen las operaciones del centro de salud.

Necesariamente después del horario de atención

Si tiene una necesidad después del horario de atención, puede comunicarse con un proveedor de guardia de Western Sierra Medical Clinic llamando al centro de salud donde le proporcionaron atención médica.



Junta Directiva

Presidente
Larry Allen

Vicepresidente
Scott Browne

Tesorero
Derek Williams

Secretaria
Anita Daniels

Doug McDonald

Katherine Medeiros

Phyllis Murdock

Dr. Rob Oldham

Brandon Pangman

Dr. Jon Peek

Lupe Peterson

Don Russell

Dirección Ejecutiva

Director General
Scott McFarland

¡Bienvenido a Western Sierra Medical Clinic!

Quiero darle la bienvenida personalmente a nuestro centro de salud que cuenta con todos los servicios. Durante muchos años hemos proporcionado atención médica compasiva y de calidad. Usted es un miembro esencial de nuestra comunidad y su salud nos importa.

Nuestro centro de salud ha ofrecido atención médica integral durante más de 40 años a pacientes de varias edades, condiciones y seguros. Estamos emocionados de extenderle nuestro compromiso con la atención médica de excelencia a usted.

Durante muchos años he trabajado como médica en esta comunidad con la misión de aliviar el sufrimiento y mejorar la salud. Como Directora Médica, estoy dedicada a continuar una tradición de una “*mejor salud*” para una población creciente, ¡que ahora lo incluye a usted!

Nuestro atento personal médico bien capacitado está dedicado a ayudarle a mantenerse lo más saludable posible al proporcionarle servicios de atención médica para el bienestar, atención dental, salud del comportamiento, manejo de enfermedades crónicas, farmacia y, en caso de problemas médicos inesperados, atención de urgencia.

Esperamos verle pronto.

Atentamente,

Christina Lasich, MD
Directora Médica

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.

Rev. 8-20-18

Condado de Nevada

844 Old Tunnel Road, Grass Valley, CA 95945
10544 Spenceville Road, Penn Valley, CA 95946

Condado de Placer

3111 Professional Drive, Auburn, CA 95603
12183 Locksley Lane, Suite 106, Auburn, CA 95602
Kings Beach-Tahoe, 8665 Salmon Ave., Kings Beach, CA 96143

Condado de Sierra

209 Nevada Street, Downieville, CA 95936



WSMC estableció una política de “Inasistencias” a fin de mantener la atención médica de calidad para todos los pacientes del centro de salud.

Médica

Para los servicios Médicos, una inasistencia es cuando un paciente llama y cancela una cita menos de 24 horas antes de la cita o cuando el paciente no se presenta para una cita programada.

- Después de dos inasistencias, los pacientes se pondrán en el periodo de prueba de programación de citas, lo que significa que el paciente podrá programar citas, pero deberá llamar el día anterior para confirmar la cita.
- Si el paciente no confirma la cita, se cancelará.
- Si el paciente se presenta para la cita sin confirmar, no se atenderá al paciente.
- Si el paciente no asiste para una cita que ya confirmó, se considerará dar de baja del consultorio al paciente.
- Después de que un paciente en el periodo de prueba de programación de citas demuestre un patrón de asistencia a las citas de manera constante, será considerado para su eliminación del periodo de prueba de programación de citas.

Dental

Para los servicios Dentales, después de dos inasistencias en un año (citas canceladas con una notificación con menos de 24 horas de anticipación o no presentarse a una cita programada), el paciente no podrá programar otra cita y es posible que no se le permita recibir atención en WSMC.

Salud del Comportamiento

Para los servicios de Salud del Comportamiento, si un paciente no asiste a una cita una vez, no podrá programar otra cita y, en cambio, permanecerá en estado de espera (el paciente puede venir y esperar a que se presente una vacante) o en estado de llamada antes de presentarse (llama en la mañana para ver si hay una vacante para el mismo día). Si un paciente no asiste a una cita mientras tiene el estado de llamada antes de presentarse, puede ser considerado para su baja de los servicios de Salud del Comportamiento (aunque puede recibir servicios médicos y dentales).



Western Sierra Medical Clinic (WSMC) está comprometida a ofrecer atención de calidad a nuestros clientes y sus familias. Alentamos a los pacientes a conocer sus derechos y responsabilidades que se describen a continuación:

Tiene el Derecho a:

1. Recibir atención amable, respetuosa y culturalmente adecuada con base en los estándares profesionales de la práctica.
2. Recibir servicios sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, estado civil, religión, edad, discapacidad, orientación o preferencia sexual, nacionalidad, ascendencia o diagnóstico.
3. Establecer instrucciones anticipadas y participar en la toma de decisiones ética.
4. Recibir una explicación de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico con términos y en el idioma que usted entienda.
5. Recibir la información necesaria para participar en las decisiones sobre su atención y para dar su consentimiento informado antes de que se realice cualquier procedimiento de diagnóstico o terapéutico.
6. Rechazar cualquier tratamiento, excepto si lo prohíbe la ley, y que se le informen las consecuencias de tomar esta decisión, lo cual podría incluir informar a Servicios para la Infancia, la Juventud y la Familia o a Servicios de Protección.
7. Esperar que todo el personal respete su privacidad personal.
8. Esperar que su historial médico se mantenga confidencial y que la información se divulgue solamente con su consentimiento por escrito en casos de emergencias médicas o de acuerdo con la ley.
9. Conocer la política de WSMC para acceder y divulgar la información de su historial médico y revisarlo, previa solicitud, en un momento conjuntamente determinado.
10. Recibir la explicación completa de cualquier investigación o procedimiento experimental propuesto para el tratamiento y la oportunidad de dar su consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento.
11. Conocer el nombre y la cualificación de todas las personas que proporcionan servicios y cómo contactarlas.
12. Obtener otra opinión médica antes de cualquier procedimiento.
13. Pedir que su tutor legal tenga acceso a su historial médico por escrito mediante una cita.
14. Pedir y recibir información sobre su responsabilidad financiera y una explicación de los cargos, incluidos los servicios que se cobrarán a su seguro.
15. Presentar una queja sobre los servicios proporcionados sin temer ser discriminado por WSMC, al enviar una queja escrita o llamar al Jefe de Comunicaciones de WSMC al (530) 273-4984 ext. 106, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.



Es Responsable de:

1. Proporcionar información personal, financiera, médica y del seguro precisa, que incluye todos los medicamentos y tratamientos necesarios para establecer y seguir su plan de atención.
2. Hacer preguntas si no entiende la explicación de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico o cualquier instrucción.
3. Informar a WSMC sobre cualquier requerimiento o adaptación que necesite para satisfacer sus necesidades culturales o de idioma.
4. Seguir las reglas y reglamentos que están publicados dentro de WSMC mientras se encuentre en las instalaciones.
5. No traer consigo ningún tipo de arma cuando reciba tratamiento.
6. No dañar a otras personas, ni ser abusivo con ellas, incluido el personal de WSMC.
7. Llegar a todas sus citas programadas, hacerlo a tiempo y poder participar en el tratamiento.
8. Notificar a WSMC con 24 horas de anticipación o tan pronto como sepa que no puede asistir a una cita.
9. Informar a los profesionales de atención médica de WSMC sobre cualquier cambio en los medicamentos o el tratamiento, o cualquier reacción a los mismos.
10. Pagar inmediatamente por los servicios, incluidos los copagos y los cargos totales en efectivo en el momento de recibir el servicio.
11. Informar a WSMC sobre cualquier problema o insatisfacción con el servicio que se está proporcionando.
12. Tener las mismas cortesías hacia el personal de WSMC que usted recibe.
13. Desarrollar y participar en la planificación de su tratamiento.
14. Procurar la supervisión y seguridad de sus hijos mientras se encuentren dentro de las instalaciones.
15. Mantener informada a WSMC sobre su información de contacto actual.
16. No videografiar ni grabar a ningún miembro del personal de WSMC.



Aviso y Acuse de Recibo del Protocolo de Recetas

Como paciente nuevo en nuestro centro de salud, tenga en cuenta que su proveedor hará una evaluación integral de su salud y trabajará para crear un plan de salud que se ajuste mejor a sus necesidades de salud.

Su proveedor puede elegir recetarle o no recetarle los mismos medicamentos que pudieran haberle recetado en el pasado. Nuestros proveedores usan las mejores prácticas e información actuales para crear planes de tratamiento. Usted y su proveedor pueden estar de acuerdo en que su condición médica podría beneficiarse al recetarle medicamentos controlados. El principal objetivo de usar un medicamento controlado es mejorar su funcionamiento físico y profesional. Si no se alcanzan estas metas, se discontinuará el medicamento. El uso de medicamentos controlados puede llevar a la dependencia química y a una posible adicción. Usted y su proveedor hablarán sobre los efectos secundarios de los medicamentos y la forma en que se deben usar.

Si usted ya es dependiente de sustancias controladas, durante su primera consulta su proveedor esperará que usted envíe su orina para un examen de drogas. Su proveedor también verificará el programa de supervisión de medicamentos recetados para determinar el historial de sus actividades con medicamentos recetados durante el último año.

Si actualmente toma **Suboxone** o **Buprenorfina**, será necesario que lo remitan a nuestro programa de Tratamiento Asistido con Medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). Potencialmente, esto podría retrasar nuestra capacidad para programarle una cita de inmediato con alguno de nuestros proveedores de atención primaria.

Durante la evaluación inicial, su proveedor de WSMC puede determinar que los medicamentos que anteriormente le recetó otro proveedor no son adecuados, no son seguros o están causando más daño que beneficios. Si ese es el caso, su proveedor de WSMC le explicará las opciones del plan de tratamiento, que pueden incluir una remisión a servicios de desintoxicación, reducción de dosis, suspensión de los medicamentos, técnicas alternativas para el manejo del dolor o sustitución de los medicamentos. Si no está de acuerdo con las opciones que se le presentan, es bienvenido a buscar atención para su afección que se ha tratado con sustancias controladas en otro lugar.

Cuando se le recete una sustancia controlada en WSMC, en el momento en que le den su primera receta y de manera anual, se le pedirá que firme un acuerdo de tratamiento, el cual consiste en un acuerdo estandarizado que garantiza que está al tanto de que se espera que mantenga su medicamento seguro, que lo tome como se le indicó y que evitará situaciones potencialmente peligrosas. La copia de este acuerdo está disponible a solicitud.

Firme más abajo para dar testimonio de que ha leído esta información y que está de acuerdo en trabajar conforme a esta Política de Western Sierra Medical Clinic.

En nuestro esfuerzo continuo por proporcionar un hogar médico y continuidad en la atención, esperamos tener una relación de salud larga y mutuamente benéfica.



Responsabilidad Financiera para los Servicios del Centro de Salud (Política Crediticia)

Es responsabilidad del paciente pagar su parte de los cargos cobrados por WSMC. Esto quiere decir que los copagos se vencen y son pagaderos en el momento de la cita. Excepto cuando se indique, cualquier otro saldo debe pagarse en su totalidad en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de la cuenta.

Disposición para Pagar

Los servicios dentales u otros servicios clínicos no se le negarán a nadie en WSMC por la incapacidad para pagar en tanto que exista una "disposición" para pagar. Disposición significa un compromiso para seguir un plan de pago, según sea necesario, para pagar por cualquier saldo pendiente en un plazo de 90 días. En ausencia de que se demuestre la disposición para pagar, la cuenta del paciente se asignará a una agencia de cobro externa. Cuando una cuenta se envía para su cobro, es posible que el paciente deba pagar un depósito el día del servicio antes de que lo atiendan para futuras consultas o se le dará de baja como paciente.

Descuento para Pacientes no Asegurados

WSMC ofrece un 20 por ciento de descuento para los pacientes no asegurados si los cargos se pagan por completo en el momento de la cita.

Cargo Proporcional

Para los pacientes que califiquen, se puede aplicar un descuento de cargo proporcional para la consulta actual y para los siguientes seis meses. También se puede aplicar un descuento de cargo proporcional cuando el cargo proporcional se haya aplicado por completo para la fecha del servicio y la evidencia del seguro requerida se envíe dentro del periodo de gracia de 15 días naturales. Consulte a un miembro del personal de WSMC para cualquier pregunta sobre la escala de cargo proporcional.

Cesión

WSMC no puede cobrar a las aseguradoras en situaciones como accidentes de automóvil. Sin embargo, WSMC proporcionará información para presentar una reclamación. WSMC acepta cesiones en reclamaciones de Medicare y Medi-Cal, pero no puede garantizar que la aseguradora cubrirá los cargos.

Parte de los Cargos del Paciente

El paciente, tutor o representante es responsable de los copagos, el coaseguro, los deducibles y los cargos que no sean cubiertos o aprobados por la aseguradora del paciente, ya sea que la aseguradora esté o no contratada por WSMC. No obstante, como cortesía, las aseguradoras no contratadas pueden recibir una factura de reembolso de parte de WSMC a nombre del paciente. La cobertura del seguro puede ser confusa y el personal de WSMC está comprometida a ayudar a los pacientes a responder cualquier pregunta.



Verificación de Identidad y de Seguro

Los pacientes deben proporcionar la información correcta del seguro a WSMC y verificar su información personal actual (dirección particular, empleador, número de teléfono, tarjetas de seguro e identificación con foto) en el momento de registrarse para su cita. **Es importante que traiga una prueba de su seguro cada vez que tenga una cita. Si no lo hace, es posible que no lo reciban o que deba hacer un pago total en el momento de recibir los servicios.**

Pago

WSMC acepta efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito. Los cheques se deben emitir a nombre de Western Sierra Medical Clinic.

Se cobrará una cuota de \$25.00 la primera vez que el banco regrese un cheque y una cuota de servicio de hasta \$35 por cada cheque subsecuente que el banco regrese al beneficiario [Código Civil de California, sección 1719 (2003)].

Autorización para Divulgación y Cesión de Beneficios

El pago de los beneficios de Medicare, Medi-Cal, del gobierno o de cualquier otro tercero que se haga a su nombre o a nombre de todos los miembros cubiertos en su plan de seguro se hará directamente a Western Sierra Medical Clinic, por los servicios proporcionados por su proveedor de salud.

Si se indica otra cobertura de seguro en el formulario de reclamación CMS-1500 o en otra parte de otros formularios de reclamación aprobados o en las reclamaciones presentadas electrónicamente, requerimos de su firma para autorizar la divulgación de la información a la aseguradora o la agencia indicada, para divulgar información médica para determinar el beneficio o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados y para permitir que se use una copia de esta autorización en lugar de la original.



Western Sierra Medical Clinic usa las más recientes tecnologías para aumentar la calidad de la atención y para facilitarle el acceso a sus registros médicos y comunicarse con su equipo de atención médica. Una de las formas de hacerlo es a través del “portal del paciente” en línea. Los adultos de 18 años y más deben registrarse en el portal. Los menores de edad o los tutores no pueden ver los historiales de sus hijos. Necesita una dirección de correo electrónico y acceso a una computadora para inscribirse en nuestro portal en línea del paciente al que llamamos **“My Health Gateway: Your Online Wellness Connection”** (Mi acceso a la salud: su conexión al bienestar en línea). Si no tiene acceso a una computadora en casa para ingresar a su Gateway, hay una disponible en todos nuestros centros y también hay acceso a Internet en las bibliotecas públicas y otros lugares.

La Gateway es cómoda, segura y le permite ingresar desde su casa (o desde cualquier computadora, tableta o teléfono inteligente), cuando lo desee, para hacer varias cosas, entre ellas:

- Ver citas próximas (fecha y hora)
- Revisar el estado de las remisiones
- Visualizar y descargar o imprimir su historial médico personal, que incluye sus medicamentos, vacunas y resultados de pruebas de laboratorio
- Recibir notificaciones sobre actualizaciones y cambios en las políticas, los procedimientos, los protocolos y los formularios de WSMC

Su información personal está segura en Gateway. Para tener acceso a su información, debe ingresar su nombre de usuario, una contraseña y la respuesta correcta a sus preguntas de seguridad.

Recibirá una notificación por correo electrónico sobre su inscripción a Gateway después de que nos envíe su Paquete de Paciente Nuevo y sea aceptado como paciente. El correo electrónico incluirá:

- Un enlace al sitio web de Gateway
- Su nombre de usuario
- Una contraseña temporal

Cuando reciba su correo electrónico, asegúrese de configurar su cuenta de Gateway al ingresar con su contraseña temporal y elegir su propia contraseña.

Agradecemos que use activamente Gateway para que pueda ser un socio de tiempo completo y mantener una mejor salud. Una vez que haya finalizado su inscripción al ingresar a su cuenta, podrá acceder a Gateway en cualquier momento a través de nuestro sitio web en www.wsmcmed.org. Haga clic sobre el botón redondo de colores de “My Health Gateway” que se encuentra en la parte superior de la página de inicio. Si tiene alguna pregunta o problema con Gateway, llámenos al (530) 274-9762 en el horario de atención normal.

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.