**SANTA YNEZ TRIBAL HEALTH CLINIC**

**US ARMY RESERVES / NATIONAL GUARD**

**Chart #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Reconocimiento de Practica de Privacidad, Pago de Servicos, & Directivo de Cuidado Medico***

Yo entiendo que la información que e proporcionado y que se encuentra en mi expediente es necesaria para la Clínica Tribal de Santa Ynez y sus empleados, en conjunción con Indian Health Services (IHS), para proporcionarme cuidado para mi salud y bien estar. Yo entiendo que la información de mi expediente médico es almacenada seguramente sea electrónicamente o físicamente, y mi expediente médico no será divulgado a otra agencia o personas, a menos que se especifique como uso rutinario, sin mi consentimiento firmado.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reconozco lo siguiente:

(Escriba su nombre o nombre del padre/del guarda legal aquí)

Se me ha proporcionado una copia de *HIPAA Privacy Act Notice* para leer.

Se me a proporcionado una copia de *Derechos y Responsabilidades del Paciente*  pare leer.

Puedo pedirle una copia de cualquier forma a la recepcionista si es que elijó.

La clínica Tribal de Santa Ynez (SYTHC) es considerada una facilidad de entrenamiento, y tiene, de tiempo a tiempo, a gente no empleada (estudiantes, internos, doctores interesados en empleo, representantes de cuidado medico, topógrafos, etc.) en nuestros premisas.  Normalmente, estas personas no empleadas, son permitidas en areas de cuidado al paciente para poder observar y/o asistir al doctor.

Yo entiendo que tengo la opción de, a cualquier momento, pedir que cualquier persona no empleada (estudiantes, internos, y/o otros profesionales) sea excusada  mientras yo esté recibiendo cuidado y servicios medicos.

**\_\_\_\_\_\_\_ Pago de Servicos:**

**(Inicial Aquí)** Entiendo que soy financieramente responsable cuando:

* Ocupe servicos adicionales de los que cubran las profesionales del US ARMY;
* Si informo falsamente a la clínica (SYTHC) que no tengo seguro medico para cubrir mis servicios; y/o
* Algún seguro medico que se termino

**\_\_\_\_\_\_\_ Poder del Cuidado Médico/Directivo Avanzado del Cuidado Médico:**

**(Inicial Aqui)** Si, a cualquier hora, debería convertirme, temporalmente o permanentemente, incapaz de tomar decisiones de mi cuidado médico, mi poder del cuidado médico será: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Escriba el nombre aquí)

Mi poder del cuidado médico puede tomar todas las decisiones sobre:

* Mi cuidado médico, dental y servicios mentales.

Estas decisiones serán consistentes con mis deseos, o, si mis deseos no son conocidos, serán consistentes con el mejor interés.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Escriba el Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Place scan stamp here

Firma del Paciente, Padre, Guardián Fecha de Hoy

o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Titulo del Empleado de SYTHC Fecha de Hoy