LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA ADMISIÓN DE NUEVOS PACIENTES

********* ATENCIÓN: SOCIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS INSTALACIONES *********

<u>TENGA EN CUENTA</u>: Toda la documentación requerida que se detalla a continuación debe ser recibida y estar debidamente completada ANTES de la sesión inicial presencial con un profesional de Sequoia. NO se programarán citas para nuevos pacientes hasta que toda la documentación haya sido recibida y revisada.

- ☐ Seguro médico del paciente: Por favor, incluya una copia actualizada de todas las tarjetas de seguro.
  - ☐ Medicare n.º
  - ☐ Medicaid n.º
  - ☐ Seguro suplementario n.º
  - ☐ Condición de veterano, rama militar y tarjeta de seguro del VA
- ☐ Directiva anticipada / Testamento vital / Documentación de no reanimar (DNR)
- ☐ Hoja de datos de identificación (Face sheet)
- ☐ Lista de medicamentos actuales
- ☐ Historia clínica y examen físico más recientes y/o resumen de alta de la última visita al médico de atención primaria o al hospital.
- ☐ Lista de los médicos / proveedores de atención especializada más recientes
- ☐ Paquete de admisión de Sequoia – COMPLETADO EN SU TOTALIDAD
  - ☐ Aviso de prácticas de privacidad (NPP)
  - ☐ Hoja de información de admisión del paciente
  - ☐ Formulario de autorización para la divulgación de información
  - ☐ Formulario de consentimiento para atención y tratamiento médico
  - ☐ Formulario de cuestionario para nuevos pacientes
  - ☐ Formulario de Gestión de la Atención Crónica (CCM)
  - ☐ Formulario de servicios de telesalud y atención urgente
  - ☐ Formulario de monitorización remota de pacientes (RPM)

Revisado el 04/06/2026

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NPP)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Esta información está disponible en ingles. (This information is available in English.)

Este aviso se aplica a toda la información de salud protegida ("PHI") mantenida por Sequoia Integrative Medical Services, LLC y Sequoia Health Services ALF, LLC (colectivamente, "Sequoia"). Este aviso será seguido por todos los miembros de la fuerza laboral de Sequoia, incluidos empleados, personal médico, estudiantes y voluntarios, con respecto a la PHI mantenida por Sequoia. Si tiene alguna pregunta después de leer este Aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad HIPAA de Sequoia o su designado.

La Información de Salud Protegida (PHI) es cualquier información de salud identificable individualmente, ya sea oral, escrita o electrónica, transmitida o mantenida en cualquier forma o medio que sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud o centro de compensación de salud; y que se relacione con la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo, la prestación de atención médica o el pago por servicios de atención médica; y que identifique al individuo o pueda razonablemente utilizarse para identificarlo (por ejemplo, nombre, número de seguro social o número de historial médico, dirección, número telefónico, fecha de nacimiento, correo electrónico y nombres de familiares o empleadores).

NUESTRO COMPROMISO CON SU INFORMACIÓN DE SALUD

Estamos comprometidos con la protección de la PHI de acuerdo con las leyes aplicables y los estándares de acreditación relacionados con la privacidad del paciente. La información de salud sobre usted es personal. Esta información puede consistir en registros en papel, digitales o electrónicos, pero también puede incluir fotografías, videos y otras transmisiones electrónicas o grabaciones creadas durante su atención y tratamiento. Podemos usar una herramienta de IA segura para grabar audio de su visita y ayudar con la documentación. Su proveedor revisa y aprueba todas las notas. Usted tiene derecho a rechazar el uso de IA en la documentación de sus visitas. Si no desea usar esta tecnología, informe a su proveedor. Las grabaciones de audio se almacenan temporalmente de forma segura hasta que se completen los resúmenes de notas y controles de calidad, y luego se eliminan automáticamente. Se requiere un registro de la atención y los servicios que recibe para brindarle atención de calidad y cumplir con los requisitos legales.

La ley nos exige:

- Asegurar que la información de salud que lo identifica se mantenga privada.
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.
- Notificarle en caso de una violación de su PHI no asegurada.
- Cumplir con los términos de este Aviso actualmente vigente.

Al divulgar su PHI, Sequoia seguirá el estándar de "Mínimo Necesario", haciendo esfuerzos razonables para limitar el uso y divulgación de su PHI al propósito previsto.

Los usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este Aviso o por las leyes aplicables a Sequoia solo se realizarán con su autorización.

EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS, SEQUOIA PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU PHI SIN SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO:

SEQUOIA Integrative Medical Services
Central: (920) 372-4168 **Western WI**: (920) 372-8689
www.SequoiaIntegrativeMedicalServices.com
admissions@SequoiaIntegrativeMedicalServices.com

- **Tratamiento**: Utilizaremos su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Compartiremos su información de salud protegida con médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de programas de formación en el área de la salud y demás personal involucrado en su atención. Por ejemplo, un médico que lo atiende por una fractura de pierna podría necesitar saber si usted tiene diabetes, ya que esta enfermedad podría retrasar la curación. Además, el médico podría necesitar informar al dietista si tiene diabetes para que podamos prepararle comidas adecuadas.
- **Pago:** Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida (PHI) para enviarle facturas y cobrarle a usted, a su compañía de seguros o a otros pagadores, como Medicare, por la atención, el tratamiento y otros servicios relacionados que reciba. Podemos proporcionar su nombre, dirección e información de seguro a otros proveedores de atención médica relacionados con su atención. Podemos informar a su aseguradora sobre un tratamiento que su médico haya recomendado para obtener la aprobación previa y determinar si su plan cubrirá el costo del tratamiento. Para obtener información de facturación, comuníquese con Clarity Health RCM a través de sequoiabilling@clarityhealthrcm.com, (708) 529-6521 o (920) 204-6754.
- **Operaciones de atención médica**: Podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para nuestras operaciones comerciales. Estos usos y divulgaciones comerciales son necesarios para garantizar que nuestros pacientes reciban atención de calidad y servicios rentables. Por ejemplo, podemos usar su PHI para revisar la calidad de nuestros tratamientos y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal, empleados contratados y estudiantes en su atención. Podemos usar o divulgar su PHI a una empresa externa que nos asiste en la operación de nuestras instalaciones. Por ejemplo, cuando su proveedor le dicta un resumen de la visita, una empresa externa redacta el documento para nuestros registros médicos. Estas empresas externas se denominan "socios comerciales" y han contratado con nosotros para mantener la confidencialidad de cualquier PHI que reciban de nosotros, de la misma manera que nosotros.
- **Familiares y amigos**: Podemos divulgar su información médica protegida (PHI) a un familiar, pariente u otra persona que usted identifique y que participe en su atención médica o en el pago de la misma. Si usted no está presente, está incapacitado o se trata de una emergencia o una situación de ayuda humanitaria, utilizaremos nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación de información médica protegida limitada es lo más conveniente para usted en esas circunstancias.
- **Comunicaciones futuras**: Podemos usar su nombre, dirección, correo electrónico y número de teléfono para contactarlo y brindarle información sobre nuevos programas u otros servicios que ofrecemos. Por ejemplo, enviaremos correspondencia a todos los pacientes sobre una caminata o carrera para la concientización sobre el cáncer de mama. Esta misma información también puede usarse para desarrollar nuevos programas que promuevan la salud.
- **Salud pública y funciones gubernamentales:** Divulgaremos su información de salud protegida en determinadas circunstancias a:
    - Controlar o prevenir una enfermedad contagiosa, una lesión o una discapacidad, notificar nacimientos y defunciones, y para actividades o intervenciones de supervisión de la salud pública.
    - La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) tiene como objetivo informar sobre eventos adversos o defectos en los productos, realizar el seguimiento de los productos, permitir la retirada de productos del mercado o llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización según lo exija la ley.
    - Una agencia gubernamental estatal o federal para facilitar sus funciones.
- **Requerido o permitido por ley**: Divulgaremos su información de salud protegida (PHI) cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Estamos autorizados, y en algunos casos obligados, a divulgar su PHI en determinadas circunstancias a:

SEQUOIA Integrative Medical Services
Central: (920) 372-4168 **Western WI**: (920) 372-8689
www.SequoiaIntegrativeMedicalServices.com
admissions@SequoiaIntegrativeMedicalServices.com

- Denuncie cualquier sospecha de maltrato a personas mayores o menores a las autoridades policiales u otros organismos gubernamentales responsables de investigar o enjuiciar dichos casos.
- Responder a una orden judicial válida.
- El Departamento de Servicios de Salud (DHS), el Departamento de Niños y Familias (DCF), una agencia de protección o defensa, y las autoridades policiales que investigan abusos, negligencia, lesiones físicas, muertes y heridas sospechosas, quemaduras o heridas de bala.
- Su tutor o agente designado por el tribunal que usted haya nombrado en virtud de un poder notarial para la atención médica.
- Proveedor de atención médica para un preso.
- Un médico forense, un juez de instrucción y un director de funeraria en relación con un fallecimiento.
- Funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en lo que respecta a las víctimas de delitos, los delitos cometidos en nuestras instalaciones, la denuncia de delitos en situaciones de emergencia y la identificación o localización de sospechosos u otras personas.

- **Indemnización laboral**: Divulgaremos su información de salud que esté razonablemente relacionada con una enfermedad o lesión cubierta por la indemnización laboral, previa solicitud por escrito de su empleador, la aseguradora de indemnización laboral o el Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral o su representante.
- **Servicios de salud y bienestar patrocinados por el empleador**: Mantenemos información médica protegida (PHI) sobre los servicios de salud y bienestar patrocinados por el empleador que brindamos a nuestros pacientes, incluidos los servicios prestados en su lugar de trabajo. Usaremos la PHI para brindarle tratamiento o servicios médicos y divulgaremos la información sobre usted a otros proveedores de atención médica. Para los servicios patrocinados por el empleador que se prestan en su lugar de trabajo, se puede proporcionar información resumida y anonimizada a su empleador con fines de planificación. Si desea que se proporcione información de salud detallada a su empleador, debe completar una autorización para la divulgación de PHI.

SUS DERECHOS EN MATERIA DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

- **Derecho a solicitar restricciones**: Usted tiene derecho a solicitar ciertas restricciones sobre el uso o la divulgación de su información de salud protegida (PHI) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una restricción sobre la divulgación de su PHI a alguien involucrado en su atención o en el pago de la misma. En la mayoría de los casos, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos la restricción, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, debemos aceptar su solicitud para (1) restringir la divulgación de su PHI a su plan de salud cuando usted nos haya pagado de su propio bolsillo la totalidad del artículo o servicio de atención médica que le brindamos y (2) restringir la divulgación de sus datos de vacunación al Registro de Inmunización de Wisconsin. La solicitud de restricción debe hacerse por escrito. Para solicitar una restricción, comuníquese con Sequoia.
- **Derecho de acceso**: Usted tiene derecho a acceder a su información de salud protegida (PHI) que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su salud. Puede solicitar a Sequoia que revise sus registros. Su solicitud debe ser por escrito y es posible que le pidamos que utilice nuestro formulario. Las copias pueden tener un costo.
- **Derecho a modificar**: Si considera que la información de salud protegida (PHI) que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos, siempre y cuando la conservemos. Las solicitudes de modificación de su PHI deben enviarse por escrito a Josie Lenz, Gerente de Admisiones. Sequoia responderá a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a la presentación del formulario de solicitud de modificación por escrito. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede

SEQUOIA Integrative Medical Services
Central: (920) 372-4168 **Western WI**: (920) 372-8689
www.SequoiaIntegrativeMedicalServices.com
admissions@SequoiaIntegrativeMedicalServices.com

responder con una declaración de desacuerdo que se adjuntará a la información que deseaba modificar. Si aceptamos su solicitud de modificación, haremos todo lo posible para informar a otras personas, incluidas aquellas que usted nombre, sobre la modificación e incluir los cambios en cualquier divulgación futura de dicha información.

- **Derecho a un informe de divulgaciones**: Usted tiene derecho a solicitar un informe de las ocasiones en que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información de salud protegida (PHI) para fines distintos al tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, las divulgaciones autorizadas por usted o dirigidas a usted, y otras actividades específicas. Para solicitar este informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a Josie Lenz, Gerente de Admisiones. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá retirar o modificar su solicitud antes de que se genere ningún gasto.
- **Derecho a solicitar medios de comunicación alternativos**: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica protegida de una manera o en un lugar específico. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Debe realizar cualquier solicitud de este tipo por escrito y enviarla a Josie Lenz.
- **Derecho a requerir autorización**: Su autorización es necesaria para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de información de salud protegida (PHI) con fines de marketing y divulgaciones que constituyan una venta de PHI.
- **Derecho a revocar la autorización**: Si autoriza a Sequoia a usar o divulgar su información de salud protegida (PHI), puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. No podemos anular las divulgaciones que ya hayamos realizado con su permiso. Para revocar una autorización, debe comunicarse con Josie Lenz, Gerente de Admisiones.
- **Derecho a presentar una queja**: Si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Sequoia o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante Sequoia, debe hacerlo por escrito y dirigirla a Katelyn Wery, LPN, Directora de Servicios Clínicos. Esta persona le ayudará a presentar su queja y a completar la documentación necesaria. Presentar una queja no afectará su atención ni su tratamiento.
- **Derecho a requerir autorización**: Su autorización es necesaria para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de información de salud protegida (PHI) con fines de marketing y divulgaciones que constituyan una venta de PHI.

Aviso importante: Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso y de aplicar las nuevas disposiciones a toda la información de salud protegida (PHI) que Sequoia mantiene. La versión más reciente de este Aviso estará disponible para usted. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso si lo solicita.

Cómo contactar con nosotros:
Sequoia Integrative Medical Services
Attn: Josie Lenz, Admissions Manager
1746 Paul Drive
Kaukauna, WI 54130
Teléfono: (920) 372-4168
Fax: (920) 543-5288
Email: admissions@sequoiaintegrativemedicalservices.com

Oficina de Derechos Civiles, Región V
U.S. Department of Health and Human Services
233 North Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono de Voz: 800-368-1019
Fax: 202-619-3818
TTD: 800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 14 de enero de 2020

SEQUOIA Integrative Medical Services
Central: (920) 372-4168 **Western WI**: (920) 372-8689
www.SequoiaIntegrativeMedicalServices.com
admissions@SequoiaIntegrativeMedicalServices.com

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre completo: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Apodo / Nombre preferido: _____ **Género:** ☐ H ☐ M ☐ Otro

Estado del código: ☐ Código completo ☐ DNR ☐ DNI ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DE LA INSTALACIÓN

Nombre de la instalación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Unidad / Edificio / N.º de habitación:** _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro principal: _____

ID de miembro: _____ **Número de grupo** (si corresponde)**:** _____

Cobertura de Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B ☐ Ambos

Seguro secundario (si corresponde)**:** _____

ID de miembro: _____ **Número de grupo** (si corresponde)**:** _____

DIRECCIÓN DE ENVIO

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

REPRESENTANTE LEGAL / PODER NOTARIAL ACTIVADO / EMERGENCIA

Nombre del apoderado: _____ ** Please attach APOA documentation if applicable.*

Relación con el paciente: _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Dirección de envio: _____

Contacto de emergencia: _____ **Teléfono:** _____

ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE

¿Desea el paciente o su representante legal tener acceso al portal del paciente? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico para acceder al portal: _____

**Se enviará una invitación al portal a esta dirección de correo electrónico para crear las credenciales de acceso.*

Revisado el 04/06/2026

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre completo del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

ORGANIZACIÓN AUTORIZADA PARA SOLICITAR REGISTROS

Nombre de la organización:: Sequoia Integrative Medical Records

Persona de contacto: Josie Lenz, Admissions Manager **Teléfono:** (920) 372-4168

Correo electrónico: admissions@sequoiaintegrativemedicalservices.com **Fax:** (920) 543-5228

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE CONSERVA LOS REGISTROS

Nombre del proveedor / centro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

INFORMACIÓN A SOLICITAR

☐ Expediente médico completo ☐ Resultados de laboratorio ☐ Registros de medicación

☐ Notas de la consulta médica ☐ Informes de imagenología / radiología

☐ Registros de facturación ☐ Other: _____

Rango de fechas de los registros (si corresponde)**:** ___/___/___ to ___/___/___

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD

☐ Atención médica continua ☐ Legal ☐ Registros personales ☐ Seguros / Reclamaciones

☐ Other: _____

AUTORIZACIÓN

Opción 1 – Autorización del paciente

☐ Soy el paciente y autorizo la divulgación de mis registros médicos tal como se describe anteriormente.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Opción 2 – Representante autorizado (Familiar / Tutor legal)

☐ Estoy autorizado para actuar en nombre del paciente y doy permiso para solicitar sus expedientes.

Nombre del representante: _____

Relación con el paciente: ☐ P/Madre ☐ Tutor legal ☐ Poder notarial ☐ Otro: _____

Representative Signature: _____ **Date:** _____

Revisado el 04/06/2026

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: Entiendo que Sequoia Integrative Medical Services, LLC y sus afiliados, incluida Sequoia Health Services ALF, LLC (colectivamente, "Sequoia"), son una práctica de medicina familiar que brinda servicios de evaluación y tratamiento médico a través de proveedores de atención primaria. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir los tratamientos, servicios y procedimientos que ordene el médico o el proveedor de práctica avanzada (que no sea médico) de Sequoia. Dichos tratamientos, servicios y procedimientos pueden incluir, entre otros: exámenes, extracciones de sangre, análisis de laboratorio, monitoreo, medicamentos y otras terapias. El objetivo de nuestra evaluación médica y psicológica es valorar la salud general y las necesidades de atención médica. Es posible que utilicemos una herramienta segura de inteligencia artificial (IA) para grabar en audio su visita y asistir en la documentación de la misma. Su proveedor revisa y aprueba todas las notas. Usted tiene la libertad de rechazar el uso de la IA para documentar sus visitas. Si no desea que utilicemos esta tecnología, por favor informe a su proveedor. Entiendo que los estudiantes de enfermería y otras personas en programas de formación profesional pueden figurar entre los individuos, empleados y subcontratistas que participen en mi atención.

CONSENTIMIENTO PARA LA TELEMEDICINA: La telemedicina es un método para brindar tratamiento y evaluación mediante el uso de comunicaciones electrónicas. Me permite recibir servicios desde cualquier lugar, incluido mi hogar, mientras que el proveedor se encuentra en una ubicación diferente. Con los servicios de telemedicina, comprendo que existe el riesgo de que mi proveedor no pueda examinarme con la misma minuciosidad que lo haría en una consulta presencial en el consultorio, y que el proveedor podría determinar que, aun así, necesito una visita presencial. Entiendo que pueden surgir problemas técnicos que interrumpan o detengan la consulta antes de que hayamos finalizado. Sequoia utiliza tecnología de telemedicina diseñada para proteger su privacidad. Para ayudar a garantizar su privacidad, usted debe utilizar una red privada y segura, y acceder a los servicios desde un entorno donde sus comunicaciones puedan mantenerse en privado.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He recibido el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Sequoia y autorizo a sus asociados y/o personas designadas a discutir y proporcionar documentación relativa a mi historial médico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, tal como se describe en dicho aviso. La política de Sequoia consiste en no divulgar información médica confidencial a los familiares de un paciente sin el consentimiento por escrito de este, el cual debe proporcionarse en un formulario firmado por separado.

Certifico que he leído y comprendo plenamente las declaraciones anteriores, y doy mi consentimiento de manera plena y voluntaria.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha
Firma del representante legal / Relación	Fecha

Revisado el 30/04/2026

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN PARA NUEVOS PACIENTES

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre de la instalación: _____ **N.º de habitación del paciente:** _____

Farmacia: _____

Teléfono de la farmacia: _____ **Fax de la farmacia:** _____

¿Este paciente tiene un formulario WI DNR? ☐ Yes ☐ No

¿Este paciente tiene una pulsera WI DNR? ☐ Yes ☐ No

¿Tiene este paciente un certificado de incapacidad? ☐ Yes ☐ No

ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR

¿Algún familiar ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Cardiopatía ☐ Hipertensión ☐ Tuberculosis

Otro: _____

HOSPITALIZACIONES

¿Este paciente ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses? ☐ Yes ☐ No

En caso afirmativo, por favor indique el/los motivo(s) y la(s) fecha(s): _____

_____

_____

ANTECEDENTES DE SALUD PERSONAL

(Por favor, incluya una lista de diagnósticos).

- ☐ Cardiopatía
- ☐ Tiroides
- ☐ Convulsiones
- ☐ Úlcera estomacal
- ☐ Estómago/Vesícula biliar
- ☐ Alergias estacionales
- ☐ Trastornos de la visión y de los ojos
- ☐ Headaches
- ☐ Enfermedad respiratoria
- ☐ Enfermedad mental
- ☐ Lesión de espalda
- ☐ Hipertensión
- ☐ Hernia
- ☐ Artritis / Gota / Enfermedad articular
- ☐ Diabetes tipo I / II
- ☐ Cáncer
- ☐ Dificultad para oír
- ☐ ORL – Senos nasales / Resfriados
- ☐ Hepatitis / Ictericia
- ☐ Nefropatía
- ☐ Dolor crónico
- ☐ Trastorno nervioso
- ☐ Enfermedad muscular
- ☐ Desmayo / Mareo

Detalles adicionales: _____

_____

_____

_____

SEQUOIA Integrative Medical Services

Central: (920) 372-4168 **Western WI**: (920) 372-8689

www.SequoiaIntegrativeMedicalServices.com

admissions@SequoiaIntegrativeMedicalServices.com

ALERGIAS

Por favor, enumere las alergias y cualquier reacción conocida.

_____ _____

_____ _____

_____ _____

MEDICAMENTOS Y DOSIS

Por favor, adjunte la lista actual de medicamentos.

HISTORIA SOCIAL

¿Fumador actual? ☐ Sí ☐ No **¿Ex fumador?** ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuánto tiempo? _____

¿Cuántos paquetes al día? _____ ¿Fecha para dejarlo? _____

¿Consumo actual de drogas? ☐ Sí ☐ No **¿Ha consumido drogas en el pasado?** ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo ha consumido (o consumió) drogas el paciente? _____

¿Fecha para dejarlo? _____ ¿Qué tipo de drogas? _____

¿Consume alcohol actualmente? ☐ Sí ☐ No **¿Antecedentes de abuso de alcohol?** ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuántas bebidas a la semana? _____

RESULTADOS DE LABORATORIO

Por favor, incluya una copia de los resultados, si están disponibles.

Fecha de los resultados de laboratorio más recientes: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Vejiga / Intestino: ☐ Continente ☐ Incontinente ☐ Otro: _____

Visión: ☐ Usa gafas ☐ No usa gafas ☐ Gafas solo para leer

Audición: ☐ Audífonos / Dispositivos ☐ Otro: _____

Movilidad: ☐ Ninguno ☐ Bastón ☐ 4WW ☐ 2WW ☐ Silla de ruedas manual ☐ Silla de ruedas Broda

Dispositivo de transferencia (Hoyer, EZ Stand, etc.): _____

ADLs: ☐ Independiente ☐ 1 Assist with Cares ☐ 2 Assist with Cares

Dieta: ☐ Regular ☐ Mecánicamente blanda ☐ Hecho puré ☐ Diabético ☐ NAS / cardíaco

☐ Otro: _____

SERVICIOS DE TERAPIA ACTUALES

(El paciente está recibiendo estos servicios en este momento).

☐ Fisioterapia ☐ Terapia ocupacional ☐ Logopedia ☐ Enfermería especializada

Nombre del proveedor de servicios / empresa: _____

SEQUOIA Integrative Medical Services

Central: (920) 372-4168 **Western WI**: (920) 372-8689

www.SequoiaIntegrativeMedicalServices.com

admissions@SequoiaIntegrativeMedicalServices.com

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CRÓNICA (CCM)
Consentimiento informado de inscripción

¿Qué es la gestión de la atención crónica (CCM)?

La Gestión de la Atención Crónica (CCM, por sus siglas en inglés) consiste en servicios prestados por un médico o un profesional de la salud no médico (Asistente Médico [PA], Enfermero Especialista [NP], Enfermero Especialista Clínico [CNS], Enfermera Partera Certificada [CNM]) y su personal clínico, por cada mes calendario, a pacientes que presentan múltiples afecciones crónicas (dos o más) que se prevé que duren 12 meses o hasta el fallecimiento del paciente, y que lo sitúan ante un riesgo significativo de muerte, exacerbación aguda/descompensación o deterioro funcional. Únicamente un profesional de la salud puede facturar los servicios de CCM por cada periodo de servicio (mes).

- Uso de un registro electrónico de salud (EHR) certificado
- Continuidad de la atención con un miembro del equipo de atención designado
- Gestión integral de la atención y planificación de cuidados
- Gestión de la atención de transición
- Coordinación con proveedores de servicios clínicos domiciliarios y comunitarios
- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para atender necesidades urgentes.
- Comunicación mejorada (por ejemplo, correo electrónico o portal del paciente)
- Consentimiento anticipado

¿Ha leído usted —el paciente o el representante de atención médica— la documentación informativa sobre la CCM, acepta participar en los servicios de CCM y comprende lo siguiente?

- Podría haber un copago (consulte su tarjeta de seguro para obtener información sobre el copago).
- El paciente puede cancelar el programa CCM en cualquier momento.
- El plan de atención del paciente puede compartirse con otros proveedores.
- Solo un profesional por mes puede facturar el servicio de CCM.

La falta de inscripción en los servicios de CCM impide a los profesionales de Sequoia gestionar las afecciones crónicas «internamente», lo que conlleva una mayor probabilidad de requerir citas con especialistas fuera del centro para lograr una gestión adecuada.

☐ **Si Medicaid es su seguro principal, los servicios de CCM son un beneficio no cubierto. Por favor, marque esta casilla para optar por no participar.**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha
Firma del apoderado / Relación	Fecha

Revised 04/06/2026

SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE POR TELESALUD
Consentimiento informado y reconocimiento del paciente

Propósito y naturaleza de los servicios

Este formulario tiene como finalidad informarle sobre los servicios de telesalud y atención urgente ofrecidos por Sequoia Integrative Medical Services, LLC («Sequoia»). La telesalud utiliza medios de comunicación electrónica (audio/video) para permitir que los proveedores de atención médica, ubicados en diferentes lugares, evalúen, diagnostiquen, traten y realicen el seguimiento de afecciones médicas que no constituyen una emergencia. Los servicios pueden incluir evaluación médica, recomendaciones de tratamiento, prescripción de medicamentos y coordinación de la atención. Es posible que utilicemos una herramienta segura de inteligencia artificial (IA) para grabar en audio su consulta y asistir en la documentación de la misma. Su proveedor revisará y aprobará todas las notas. Usted tiene derecho a rechazar el uso de la IA para la documentación de sus consultas. Si no desea que utilicemos esta tecnología, por favor, infórmeselo a su proveedor. La telesalud no está destinada a emergencias médicas. Si está experimentando una emergencia médica, llame al 911.

Uso de información médica

La telesalud puede implicar el intercambio seguro de la siguiente información: registros e historial médicos, imágenes, audio, video y datos provenientes de dispositivos médicos. Sequoia emplea salvaguardas razonables para proteger su información, de conformidad con la normativa HIPAA.

Beneficios esperados y posibles limitaciones y riesgos

Los beneficios pueden incluir un acceso más rápido y conveniente a la atención, una reducción de los desplazamientos, una mayor eficiencia y el acceso a proveedores que podrían no ser locales.

Entre las posibles limitaciones y riesgos se incluyen problemas técnicos que podrían interrumpir la atención; la telesalud podría no constituir un sustituto adecuado para el tipo de atención requerida, o bien, en algunos casos, podría ser necesaria una visita presencial o un nivel de atención superior; asimismo, podría producirse un acceso no autorizado a la información (a pesar de las medidas de seguridad implementadas).

Derechos del paciente

- Puedo negarme o retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi atención futura.
- Puedo solicitar servicios presenciales cuando estén disponibles.
- Puedo hacer preguntas en cualquier momento y finalizar una visita de telesalud o de atención urgente en cualquier momento.
- Se me informará de cualquier persona presente durante mi visita y podré solicitar privacidad.

Prácticas de privacidad (Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad)

- He recibido o se me ha ofrecido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Sequoia.
- Mi información puede ser utilizada para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permita la ley.

Responsabilidad financiera

Entiendo que los servicios pueden facturarse a mi seguro y que soy responsable de cualquier copago, deducible o servicio no cubierto que resulte aplicable.

CONSENTIMIENTO: He leído y comprendo la información sobre los servicios de telesalud y atención urgente descritos anteriormente, y acepto recibir dichos servicios.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha
Firma del apoderado / Relación	Fecha

Revisado el 15/04/2026

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL MONITOREO REMOTO DE PACIENTES (RPM)

Los servicios de RPM permiten a su proveedor médico monitorear su salud entre visitas. Esto no significa que su proveedor vaya a monitorear su estado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La RPM puede ayudar a su proveedor médico a identificar problemas que requieran atención con mayor prontitud que sin el uso de este sistema, y le permite transmitir información a su proveedor sin tener que desplazarse hasta su consultorio. Los dispositivos de RPM dependen de una buena conexión celular o Bluetooth para transmitir datos; cualquier deficiencia en la conexión podría resultar en la imposibilidad de transmitir la información.

Acepto permitir que Sequoia proporcione servicios de Monitorización Remota de Pacientes (RPM). Estos servicios incluyen el uso de tecnología de monitorización de la salud a distancia para transmitir datos de salud de forma inalámbrica, incluyendo, entre otros, la presión arterial, el peso, la glucosa en sangre, etc. La RPM también incluye consultas y orientación por parte de mi proveedor médico, quien tendrá acceso para visualizar estos datos y podrá comunicarse conmigo o con los miembros de mi equipo de atención, incluyendo familiares, cuidadores, tutores, etc.

Entiendo que:

- Soy la única persona que debe utilizar el equipo de monitoreo remoto según las instrucciones.
- No utilizaré el dispositivo para fines distintos a los de este programa de monitorización remota de pacientes.
- Solo puedo participar en este programa con un proveedor médico a la vez.
- Tomaré mis mediciones según las instrucciones de mi proveedor médico, como parte de mi participación en el programa.
- Mis datos se transmitirán electrónicamente desde el/los dispositivo(s) a mi proveedor de manera segura y protegida; no obstante, dicha seguridad de la información nunca podrá garantizarse al 100%.
- Mi proveedor almacenará de manera segura y confidencial los datos recopilados en mi expediente médico electrónico, en la medida de sus posibilidades; no obstante, la seguridad de la información nunca puede garantizarse al 100%.

Reconozco que:

- RPM NO es una unidad de respuesta a emergencias y NO realiza monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 911 para emergencias médicas inmediatas.
- Al proporcionar mi información de teléfono y correo electrónico a continuación, acepto recibir mensajes de texto y llamadas telefónicas automatizados y personalizados. Entiendo que puedo darme de baja de los recordatorios automatizados para realizar las lecturas en cualquier momento.

Consentimiento financiero:

- Mi seguro se facturará mensualmente por este servicio. Podrían aplicarse copagos.
- Mi proveedor médico es el propietario del equipo, y soy responsable de devolverlo una vez finalizada mi participación en el RPM.
- No manipularé el equipo y comprendo que puedo ser responsable de cualquier cargo asociado al uso indebido o a la pérdida del mismo.
- Puedo retirar mi consentimiento para participar en este programa en cualquier momento, poniéndome en contacto con mi proveedor médico y devolviendo el equipo que se me ha proporcionado.

Yo, _____, he leído y comprendido la información y doy mi consentimiento para participar en el programa de Monitoreo Remoto de Pacientes (RPM), tal como se indica anteriormente. Soy consciente de que este consentimiento es válido hasta que lo revoque.

El programa RPM incluye recordatorios para realizar mediciones de salud. Los recordatorios automatizados solo se envían si usted no realiza una medición. Puede optar por no recibir los recordatorios automatizados en cualquier momento; no obstante, su proveedor médico podrá seguir contactándolo en relación con su plan de tratamiento individual.

Número de móvil del paciente: _____ Número de teléfono particular del paciente: _____

☐ No tengo teléfono móvil. ☐ No tengo teléfono fijo. ☐ Me gustaría darme de baja de los mensajes de texto automatizados.

☐ Desactivar los recordatorios automáticos (CELULAR). ☐ Desactivar los recordatorios automáticos (INICIO).

Dirección de correo electrónico: _____ ☐ No tengo correo electrónico.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona autorizada (en letra de imprenta): _____ Relación: _____

Firma del paciente / persona autorizada: _____ **Fecha:** _____

Revisado el 04/06/2026