



□**Olathe:** 308 Main St., (970) 323-6141 □**Montrose:** 1010 S. Rio Grande Ave., (970) 497-3333
□**Delta:** 1250 Valley View Dr. (970) 874-8981

Correo: PO Box 529, Olathe, CO 81425

Farmacia: 1010 S. Rio Grande Ave., Montrose, CO 81401; Teléfono 970-787-2044

<https://www.rivervalleyfhc.com/patient-portal/portal/>

El horario de la clínica es de 8:15 am a 6:00 pm de lunes a viernes

Carta de bienvenida

¡Bienvenido a River Valley Family Health Centers y gracias por hacernos su clínica de elección! Es su derecho como paciente a elegir un proveedor de atención primaria. Nosotros Esperamos convertirnos en su hogar de salud médica/dental/conductual centrado en el paciente y asociarnos con usted para mejorar su bienestar y salud.

Acerca de nuestra asociación . . .

- **RIVER VALLEY FAMILY HEALTH CENTERS ES ASEQUIBLE:** River Valley Family Health Centers es una organización sin fines de lucro. ¿Atendemos a pacientes con Medicaid, CICP (Programa de Cuidado de Indigentes de Colorado), ¿Medicare, sugerencia privada y pacientes que pagan de su bolsillo por sus necesidades médicas? River Valley Family Health Centers recibe fondos de recursos federales, estatales y locales para ayudar a los pacientes, dependiendo de sus calificaciones para estos programas. Nosotros ofrecemos alcance e Inscripción para ayudar a los pacientes a calificar para seguros públicos o colocarle en nuestra tarifa de tarifa deslizante que depende del estado financiero. Por favor, organice estos servicios antes de su primera cita.
- **LA ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS** estará disponible para ayudar a nuestros pacientes que necesitan ayuda adicional para pagar los medicamentos a través del programa 340B. Le proporcionaremos una tarjeta para su farmacia. Puede utilizar esta tarjeta en Safeway en Montrose y Delta, y Safeway en Horizon Drive en Grand Junction, tiendas City Market en Montrose y Delta & Wal-Mart en Montrose. Además, River Valley también ofrece descuentos asequibles a nuestros pacientes para medicamentos en nuestra farmacia en el lugar en la Clínica Montrose.
- **SEGURO, COPAGOS Y CARGOS DE SLIDING-FEE:** River Valley atiende a todos los pacientes, independientemente del estado del seguro. Como paciente, se espera que usted pague el copago y/o el monto de la tarifa nominal en el momento de los servicios.
- **CANCELACIONES/ REPROGRAMACIÓN:** Tenga en cuenta que hay muchas personas que necesitan acceso a atención médica aquí en los Centros de Salud Familiar de River Valley. Si necesita CANCELAR o REPROGRAMAR una cita, llame al **970-323-6141** dentro de un aviso de 24 horas. Nuestro portal para pacientes también es una excelente manera de gestionar sus citas. Esto permitirá que una cita esté disponible para alguien necesitado.



- **POLIZA DE LA CITAS (TARDE):** River Valley tiene una póliza de citas tardías para los pacientes que llegan tarde a su cita. Se le ofrecerá la Póliza de Citas Tardías.
- **POLIZA DE AUSENTE:** River Valley tiene una póliza de no presentarse para citas perdidas. Se le ofrecerá la póliza de Ausente.
- **POLIZA NARCOTICA:** River Valley tiene una póliza de narcóticos muy estricta. Se le ofrecerá la Póliza de Estupefacientes.
- **CUIDADO TRAS LAS HORAS:** River Valley ofrece un servicio fuera del horario laboral que puede abordar sus necesidades médicas a través del enfermero o enfermera RN. Simplemente llame al número principal a la clínica al **970-323-6141**. Ellos escucharán sus inquietudes y recomendarán un curso de acción. Pueden derivarlo a su sala de emergencias local o atención de urgencia, o hacerle saber que está bien esperar por el horario de la clínica. Este servicio no puede programar citas ni recargar recetas. Llame por favor durante el horario de oficina para esos servicios.
- **COMUNICACION CON SU EQUIPO DE CUIDADO:** Durante el horario de oficina, puede comunicarse con su equipo de atención por teléfono llamando al número principal **970-323-6141** y preguntando por la enfermera de su proveedor, o puede comunicarse con nosotros a través de un mensaje seguro en el portal del paciente. Nos pondremos en servicio en un plazo de 1 día hábil. Después del horario, puede llamar a nuestra línea de enfermero o enfermera, nuestro número principal **970-323-6141**, o, para asuntos menos urgentes, puede enviarnos un mensaje seguro en el portal del paciente para ser respondido el siguiente día hábil. Si necesita ayuda o desea estar registrado para el portal del paciente, llámenos al **970-323-6141** o pase por cualquiera de nuestras ubicaciones.
- **RECORDS MEDICO:** River Valley tiene un departamento de Registros Medical Médicos que le ayudará a hacer la transición de sus registros de su proveedor anterior para facilitar la continuidad en su atención. Tener su historia clínica nos ayuda a atender mejor sus necesidades médicas. Por favor, rellene el formulario adjunto (**L i b e r a c i ó n d e R e g i s t r o s e s l a s ú l t i m a s 2 p á g i n a s**) para que podamos recuperar sus registros. Puede llamarlos al **970-399-4072** si necesita ayuda con su transferencia de registro.
- **COMPACTO PACIENTE/PROVEEDOR:** River Valley desea hacer una fuerte asociación con usted con respecto a sus necesidades de atención médica. Al hacerlo, creemos que llegar a este acuerdo desde el principio es beneficioso para ambas partes, ya que establece expectativas de las que podemos hablar. Esto se proporcionará cuando se devuelva el nuevo paquete de pacientes. Por favor, llévalo con usted a su primera visita y esté preparado para discutirlo con su proveedor.



Un hogar médico centrado en el paciente es un enfoque para brindarle atención médica total. Con un hogar médico, usted tendrá un equipo de atención para apoyarle, ayudándole a tomar las mejores decisiones para su salud. Así que por favor ayúdenos a conocerle mejor usando esta práctica lista de verificación para prepararse para su cita.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA SU CITA

Usted puede ayudar a ser un socio en su cuidado desde su primera cita. Este primer y muy importante paso nos ayudará a prepararte para tus citas cuando llegues y te ayudará a recibir la mejor atención. Por lo tanto, por favor ayude usando esta lista de verificación para prepararse para sus citas.

Para su primera cita por favor traiga:

- Cada tarjeta de seguro médico que tenga (seguro privado, Medicaid, Medicare, CICP, dental, etc.)
- Identificación con foto actual (licencia de conducir, insignia de empleado, tarjeta de identificación escolar, tarjeta de identificación militar, etc.)
- Información de ingresos y prueba si se le pide o necesita ayuda para pagar su atención (talones de cheques de pago, carta SSI, etc.)
- Todos los medicamentos y vitaminas que está tomando actualmente (medicamentos recetados, vitaminas, minerales, suplementos, hierbas, naturales, etc.) Por favor, póngalos todos en una bolsa en sus recipientes originales y traiga toda la bolsa.
- Prueba actual de vacunas y cualquier otro registro médico que tenga. También le pediremos a sus otros médicos sus registros.
- Una lista de su información de salud importante y sobre qué fecha (cirugías, implantes, enfermedades crónicas, procedimientos, etc.) Aquí está un ejemplo:
 - Cirugía del tobillo derecho 2/1995
 - Apéndice eliminado 8/2001
 - Mamografía 4/2015
 - Diabetes 1990s
 - Presión arterial alta 2010
- Una lista de cualquier otro médico, dentista o proveedor de salud mental que haya visto o esté viendo y sus números de teléfono. Por favor, indique por qué los ve.
- Una lista de cualquier pregunta que tenga sobre su salud. Ponga los más importantes en la parte superior.

Para cada cita después de su primera cita, por favor traiga:

- Cada tarjeta de seguro médico que tenga (seguro privado, Medicaid, Medicare, CICP, dental, etc.)
- Identificación con foto actual (licencia de conducir, insignia de empleado, tarjeta de identificación escolar, tarjeta de identificación militar, etc.)
- Prueba de ingresos si está en una escala de tarifas deslizante
- Una lista de cualquier pregunta que tenga sobre su salud. Ponga los más importantes en la parte superior.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Servicios Pedidos: Médico Salud conductual Abuso de alcohol/sustancias/ Dental

FECHA DE HOY: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE		
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL MEDIO
NOMBRE ANTERIOR (APELLIDO, PRIMERO)		SEXO LEGAL / FECHA DE NACIMIENTO / /
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - - -	NOMBRE DE LA DONCELLA DE LA MADRE	NOMBRE PREFERIDO
INFORMACIÓN DE CONTACTO		
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN POSTAL	CÓDIGO POSTAL
CIUDAD	ESTADO	TELÉFONO DE TRABAJO
TELÉFONO CELULAR: TELÉFONO DEL HOGAR:	ESTÁ BIEN DEJAR UN MENSAJE CON QUIEN RESPONDA EL TELÉFONO ESTÁ BIEN DEJAR UN MENSAJE EN MI BUZÓN DE VOZ	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CONSENTIMIENTO AL TEXTO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CONSENTIMIENTO DE TELESALUD/VIDEOCONFERENCIA:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PREFERENCIA DE CONTACTO <input type="checkbox"/> PORTAL <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/> CORREO	CONSENTIMIENTO PARA LLAMAR	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	PORTAL DEL PACIENTE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DEMOGRAFÍA		
IDIOMA: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> RECHAZAR RESPONDER <input type="checkbox"/> OTRO _____		
RAZA: <input type="checkbox"/> NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> AMERICANO INDIO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> OTRA RAZA <input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> SAMOANO <input type="checkbox"/> GUAMANIAN O CHAMORRO <input type="checkbox"/> DECLINAR PARA RESPONDER		
ETNIA: <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> MEXICANO-AMERICANO <input type="checkbox"/> DOMINICANO <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> CENTROAMERICANO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> LATINO <input type="checkbox"/> Origen ESPAÑOL <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> SUR-AMERICANO <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> DECLINAN RESPONDER		
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> PAREJA <input type="checkbox"/> VIUDA/VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADA/SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADA/DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SOLTERA/SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADA/CASADO		
ORIENTACIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> LESBIANAS, GAY O HOMOSEXUALES <input type="checkbox"/> HETEROSEXUALES <input type="checkbox"/> ALGO MÁS, POR FAVOR DESCRIBA <input type="checkbox"/> NO SABEN <input type="checkbox"/> ELEGIR NO REVELAR		
GENERO: <input type="checkbox"/> FEMENINA <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> ELEGIR NO REVELAR	CONFINADO A CASA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

LOS DATOS DEMOGRÁFICOS CONTINUADOS

AYUDARÁN A DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA LOS SOLICITANTES DE CARGOS POR DESLIZAMIENTO Y SEGUROS DEL CICP

TAMAÑO DE LA FAMILIA	INGRESOS: <input type="checkbox"/> \$0 – 39,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 – 79,999 <input type="checkbox"/> \$80,000 – 149,999 <input type="checkbox"/> \$150,000 O MAS		
NÚMERO DE DEPENDIENTES:			
ESTATUS AGRÍCOLA: <input type="checkbox"/> TRABAJADOR ESTACIONAL <input type="checkbox"/> TRABAJADOR MIGRANTE <input type="checkbox"/> DEPENDENTE DE MIGRANTE <input type="checkbox"/> NO-AGRÍCOLA ESTACIONAL <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE DE TEMPORADA			
1. ¿Usted o un miembro de su familia alguna vez ha trabajado como obrero agrícola, incluyendo huertos, casas verdes, viveros, agricultura, trabajo con animales como ganado, lechería, ovejas, aves de corral, criaderos de peces, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. ¿Usted o un miembro de su familia se ha mudado en los últimos dos años a otra área (estableció un hogar temporal) para trabajar primario en la agricultura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3. ¿Usted o un miembro de su familia han trabajado en los últimos dos años principalmente en la agricultura, sin mudarse de su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4. ¿Usted o un miembro de su familia ha dejado de viajar al trabajo en la agricultura debido a la discapacidad o la vejez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
ESTADO DE LAS PERSONAS SIN HOGAR: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DECLINAR PARA RESPONDER			
EN CASO DE INDIGENTE: <input type="checkbox"/> DUPLICAR <input type="checkbox"/> LA CALLE <input type="checkbox"/> EN REFUGIO PARA PERSONAS SIN HOGAR <input type="checkbox"/> DE TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> DESCONOCIDA <input type="checkbox"/> OTROS _____			
PACIENTE DEL CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> RECHAZAR A RESPONDER			
ESTADO DEL VETERANO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DECLINAR PARA RESPONDER			
PACIENTE DE VIVIENDA PÚBLICA: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RECHAZAR A RESPONDER <input type="checkbox"/>			
¿CÓMO SUPISTE DE NOSOTROS? <input type="checkbox"/> PUBLICIDAD <input type="checkbox"/> MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> MÉDICO ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> DE OTRO PACIENTE <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE SEGURO <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> MEDIOS SOCIALES <input type="checkbox"/> MIEMBROS DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/> OTRO PACIENTE			
CONTACTO DE EMERGENCIA			
NOMBRE COMPLETO		TELÉFONO DEL HOGAR	TELÉFONO MÓVIL
RELACIÓN: <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HERMANO O HERMANA <input type="checkbox"/> PRIMO <input type="checkbox"/> GUARDIÁN <input type="checkbox"/> HIJO/HIJA <input type="checkbox"/> AMIGO/AMIGA <input type="checkbox"/> OTROS DESCRIBA _____			
PADRE/TUTOR SI ES MENOR DE 18 AÑOS			
APELLIDO		PRIMERO NOMBRE	INICIAL MEDIO
GARANTE (PAGADOR O RESPONSABLE DEL PAGO)			
APELLIDO		NOMBRE	INICIAL MEDIO
FECHA DE NACIMIENTO / /		DIRECCIÓN	
CIUDAD		ESTADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - -

**GARANTE (PAGADOR O RESPONSABLE DEL PAGO) CONTINUADO**

CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO		EMPLEADOR
SEGURO			
TIPO DE SEGURO			
<input type="checkbox"/> TARIFA DESLIZANTE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> SUGERENCIA Privado <input type="checkbox"/> CICP <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> CORE			
<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN DE VICTIMA <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN PROFESIONAL <input type="checkbox"/> CONDICIONAL FEDERAL <input type="checkbox"/> EAP			
<input type="checkbox"/> OTRA _____			
SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, ¿LE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE OTROS PROGRAMAS			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
COMPAÑÍA DE SEGURO:			
POLIZA / NÚMERO DE MIEMBRO:			
FARMACIA PREFERIDA PARA EL PACIENTE:			



PÓLIZA DE CITAS TARDÍOS

El Centro de Salud Familiar de River Valley (RVFHC, por sus preocupaciones por su salud). Llegar tarde a las citas evita que RVFHC le brinde la atención que necesita en su cita.

Después de su primera visita, se le pedirá que se registre 15 minutos antes de que consulte a su proveedor para prepararlo para su visita. De esta manera usted tiene el tiempo completo con su proveedor.

Si no llega a tiempo, su tiempo con su proveedor puede ser más corto, o es posible que tengamos que trasladarlo a otro día y hora.

PÓLIZA DE NO MOSTRAR

Para que podamos proporcionarle acceso oportuno a usted y a todos los demás pacientes, le pedimos que nos dé 24 horas de anticipación si no puede hacer su cita y necesita cancelar o reprogramar. Esto nos permite usar esa cita para otro paciente necesitado.

Si no se da 24 horas de aviso, la cita se considerará un "no-presentarse". Después de 3 no-espctáculos en un año rodante, no se le permitirá preprogramar citas. Eso significa que llamará a la mañana del día en que desea ser visto y se programará en las vacantes disponibles para ese día.

Por favor, llámenos, 24 horas antes de su cita, si tiene alguna duda de que puede hacer su cita y déjenos trabajar con usted para evitar un no-show en su registro.

SUSTANCIAS CONTROLADAS/PÓLIZA DE ESTUPEFACIENTES

Medicamentos como hidrocodona, Lortab, OxyContin, Vicodin, Codeine, Fentanyl, Morphine, Xanax, Adderall, Soma, Clonopin, Testosterona, Valium, Percocet, Lyrica, Tramadol, Ambien, Lunesta, etc. son sustancias controladas. (Esta NO es una lista completa, sólo algunos ejemplos de sustancias.)



CON EL FIN DE EVITAR MALENTENDIDOS, ESTAS SON NUESTRAS REGLAS SOBRE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES/CONTROLADAS:

No daremos recetas para narcóticos o sustancias controladas en la primera visita nueva del paciente, excepto por lesiones graves recientes.

Para obtener analgésicos para el dolor de larga duración, usted y su proveedor analizarán eso:

1. Usted entiende cuáles son los efectos secundarios al tomar estos medicamentos.
2. Es posible que solo vea un proveedor para obtener los analgésicos.
3. Usted hará un examen de drogas de orina en cada visita.
4. Usted debe venir para visitas sólo para hablar de su dolor, sobre cada 3 meses.
5. Debe tener una cita para obtener sus recargas.
6. Usted no va a seguir llamando para pedir recargas, usted debe entrar.
7. Evitarás el alcohol y todas las drogas ilícitas, incluida la marihuana.
8. No conducirá, utilizará maquinaria pesada ni participará en la seguridad pública mientras tome narcóticos.
9. Usted permitirá que su proveedor hable con otros proveedores sobre su uso de medicamentos narcóticos.
10. Usted se reunirá con un terapeuta de salud conductual y verá a un especialista en dolor si su proveedor lo envía.
11. Usted probará otras maneras de tratar su dolor, si su proveedor lo recomienda.
12. Usted tomará su medicamento como se supone que debe, y no tomará más de lo que se supone que debe.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La gerencia y el personal de River Valley Family Health Centers están comprometidos a preservar los derechos de todas las personas. En nuestros esfuerzos por proteger la privacidad de nuestros pacientes, hemos adoptado principios de confidencialidad de la información de salud aprobados por la Asociación Americana de Gestión de la Información de Salud y reflejados en nuestras pólizas y procedimientos de organización.

1. Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de su registro médico en papel o electrónico
- Corrija su registro médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídanos que limitemos la información que compartimos share
- Obtén una lista de las personas con las que hemos compartido tu información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por ti
- Presente una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

2. Usted tiene opciones en la forma en que usamos y compartimos información a medida que:

- Cuéntale a familiares y amigos acerca de tu afección
- Proporcionar ayuda en caso de desastre
- Incluirte en un directorio hospitalario
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios
- Recaudar fondos

3. Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Tratarte
- Dirigir nuestra organización
- Facturación por sus servicios
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investigar
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director funerario
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Responder a demandas y acciones legales