

## Formulario de registro para pacientes nuevos

Escriba en letra de molde. Complete **TODAS** las secciones.\*

Número de expediente médico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Sobrenombre:		Apellido antes del matrimonio:		Estado civil:	
N.º de Seguro Social:**		Fecha de nacimiento:	Edad:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho registrada <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Otro	
Sexo asignado al nacer:	Identidad de género:	Sexo legal/para cuestiones administrativas:		Orientación sexual:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No se registró en el nacimiento <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> No lo sé		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar					
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar					
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Punyabí <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar					
N.º de teléfono preferido:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	N.º de teléfono secundario:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección:			P.O. Box/N.º de apto.:		
Ciudad:		Estado:	Código postal:		
Dirección de email:					
Empleador:			N.º de teléfono:		
Médico de atención primaria:			N.º de teléfono:		
Farmacia preferida:			N.º de teléfono:		
Dirección de la farmacia/Intersecciones:					

### INFORMACIÓN SOBRE LESIONES

Fecha de lesión:	Lesión relacionada con el trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------	--

### EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia:	Relación con el paciente:
N.º de teléfono de casa:	N.º de teléfono del trabajo:

\* Si falta información, esto puede hacer que los cargos se le facturen directamente al paciente.

\*\* El sistema de expedientes médicos electrónicos (EMR) de Community Health Partners requiere su número de Seguro Social como su número de identificación único. Ayúdenos a darle la más alta calidad de atención compartiendo su número de Seguro Social. Esto es muy importante porque sin su número de Seguro Social como identificador, su expediente médico electrónico puede no estar completo o contener datos contradictorios. Tenga la certeza de que su número de Seguro Social se usará solamente para este propósito — nunca se imprimirá. Está protegido del uso indebido, igual que protegemos su información médica.

## Formulario de registro para pacientes nuevos

Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
-----------	----------------	-----------------

### INFORMACIÓN DEL SEGURO Dele su tarjeta del seguro al recepcionista.

Información del garante: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es el paciente	
Parte responsable:	Fecha de nacimiento:
Dirección (si es diferente de la del paciente):	N.º de teléfono de casa:
Ocupación:	Empleador:
Dirección del empleador:	N.º de teléfono:

### SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros:		
Nombre del suscriptor:		N.º de SS del suscriptor:
Fecha de nacimiento:	N.º de grupo:	N.º de póliza:
Copago: \$	Relación del paciente con el suscriptor:	<input type="checkbox"/> Paciente-01 <input type="checkbox"/> Cónyuge-02 <input type="checkbox"/> Hijo-03 <input type="checkbox"/> Otra: _____

### SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)

Nombre de la compañía de seguros:		
Nombre del suscriptor:		N.º de SS del suscriptor:
Fecha de nacimiento:	N.º de grupo:	N.º de póliza:
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Paciente-01 <input type="checkbox"/> Cónyuge-02 <input type="checkbox"/> Hijo-03 <input type="checkbox"/> Otra: _____		
¿Es esto un reclamo de compensación de trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Código de motivo secundario de Medicare</b> (Debe marcar uno si Medicare es secundario):		
<input type="checkbox"/> 12 Beneficiario mayor que trabaja o cónyuge con plan médico grupal del empleador <input type="checkbox"/> 13 Beneficiario con insuficiencia renal en etapa terminal en período obligatorio de coordinación con plan médico grupal de un empleador <input type="checkbox"/> 14 Un seguro sin atribución de culpabilidad, incluyendo un seguro de autos, es el seguro primario <input type="checkbox"/> 15 Compensación de trabajadores <input type="checkbox"/> 16 Servicio de Salud Pública (PHS) u otra agencia federal (Programa de Investigación Gubernamental [Government Research Program]) <input type="checkbox"/> 41 Neumoconiosis (enfermedad del pulmón negro) <input type="checkbox"/> 42 Administración de Veteranos <input type="checkbox"/> 43 <b>Beneficiario discapacitado</b> menor de 65 años con un plan médico grupal grande (LGHP — Empleadores con más de 50 empleados) <input type="checkbox"/> 47 Otro seguro de responsabilidad es el seguro primario (propietarios de viviendas)		
¿Cuál es su método preferido de comunicación para los recordatorios de citas? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Portal web <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> No se comuniquen conmigo		

---

## Procedimientos en el consultorio y consentimiento

### Expediente médico electrónico compartido

Compartimos un sistema de expedientes médicos electrónicos con Community Medical Centers.

### Entorno libre de humo

Por la salud de nuestros pacientes, los empleados y las visitas, no está permitido fumar en los consultorios de Community Health Partners.

### Entorno libre de armas

No se permite ningún tipo de arma en ningún consultorio de Community Health Partners.

### Política de ausencias/cancelación de citas

Queremos prestarle un servicio excelente. Sin embargo, para eso necesitamos su cooperación. Si no puede ir a una cita, llámenos al menos 24 horas antes, para que podamos darle esa cita a otro paciente. Si no va a una cita o no llama al menos 24 horas antes, se considerará que faltó y se le podrá facturar directamente un cargo de \$35.00 ya que esto no está cubierto por ningún plan de seguro.

### Política sobre Formularios Externos

A los pacientes que soliciten la elaboración o completación de formularios externos, es decir, formularios que no son requeridos por CHP, se les cobrará una tarifa fija de \$35.00, la cual deberá pagarse al momento de presentar el formulario. Sin embargo, no se cobrará ninguna tarifa a los beneficiarios de Medi-Cal ni a los pacientes que presenten formularios para respaldar una solicitud o apelación relacionada con programas de beneficios públicos. Los programas de beneficios públicos incluyen, entre otros: los programas de Medi-Cal, el Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services Program), el Programa de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California (CalWORKs), los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI), los beneficios de Ingreso Suplementario de Seguridad/Programa Suplementario Estatal para Personas de Edad Avanzada, Ciegas o con Discapacidades (SSI/SSP), la compensación por discapacidad relacionada con el servicio militar y las pensiones por discapacidad no relacionadas con el servicio militar para veteranos, CalFresh, el Programa de Asistencia en Efectivo para Inmigrantes Legales de Edad Avanzada, Ciegos o con Discapacidades, así como los programas de subsidio de vivienda financiados por el gobierno o de asistencia para vivienda basada en inquilinos.

Se informará a los pacientes sobre cualquier tarifa aplicable o exención correspondiente.

### Open Payments

La base de datos de Open Payments es una herramienta federal que se usa para buscar pagos hechos por compañías de medicamentos y dispositivos a los médicos y hospitales de enseñanza. Está en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

He leído, entiendo y acepto lo que figura arriba.

---

Firma del paciente/representante legal/garante

---

Fecha

---

Nombre en letra de molde

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación:

---

---

## Consentimiento para el intercambio de comunicaciones electrónicas

Ofrecemos servicios de comunicación electrónica por medio de mensajes de texto, email y mensajes de voz, para prestarle un mejor servicio. La comunicación electrónica se usa, entre otros, para:

- Recordatorios de citas
- Encuestas para el paciente
- Consejos generales de salud

Dando mi número de teléfono (incluyendo un número de teléfono fijo o inalámbrico), doy mi consentimiento para recibir llamadas (incluyendo llamadas de discado automático y mensajes artificiales o pregrabados) a ese número, del consultorio y de sus médicos, agentes y contratistas independientes (incluyendo agencias de servicios y de cobro), sobre todos los servicios de la clínica/médicos que esté recibiendo ahora o que reciba en el futuro, y cualquier obligación de pago relacionada.

Limitaciones a las llamadas, si corresponde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si quiero revocar este consentimiento, acepto informar al consultorio de mi médico/proveedor.

También informaré a este consultorio si dejo de tener cualquier número de teléfono que le haya dado al consultorio. Entiendo que no estoy obligado a firmar el Consentimiento de intercambio de comunicaciones electrónicas como condición para recibir servicios en el consultorio.

Escriba los números de teléfono y las direcciones de email que nos permita usar para comunicarnos con usted.

N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Dirección de email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación:

\_\_\_\_\_

---

## Aceptación y autorización de servicios

### I. Consentimiento para diagnóstico y tratamiento

Reconozco y entiendo que, presentándome para tratamiento y atención médica en Community Health Partners, autorizo y doy consentimiento para que se administren y hagan todas las pruebas y los tratamientos que ordene el médico (o asistente designado) y que hagan los miembros del personal médico y otro personal de Community Health Partners. Entiendo que parte de mi atención médica puede darse y se dará por medio de consultas de telemedicina a distancia (también conocida como telemedicina), y doy mi consentimiento para su uso cuando el personal médico de Community Health Partners lo considere médicamente apropiado. Sé que la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no me dieron ninguna garantía sobre los resultados de un tratamiento o examen.

### II. Revelación y uso de la información

Entiendo que Community Health Partners registrará información médica y otra información sobre mi tratamiento en formato electrónico y en otro formato físico. Esa información es necesaria en el curso de mi tratamiento y Community Health Partners puede compartirla para fines que permita la ley y según lo autorizado en este formulario. Entiendo que partes de mi expediente pueden revelarse a personal calificado que no pertenezca a Community Health Partners para fines de investigación científica o estadística, administración o auditorías económicas, evaluaciones de acreditación y programas, y otros fines similares. No se me identificará por mi nombre ni por otra información personal identificable en ningún reporte de esas investigaciones, auditorías o evaluaciones, sin mi consentimiento expreso por escrito.

Por el presente, autorizo a Community Health Partners a compartir con mis compañías de seguro, grupos de seguro de empleador, planes médicos, programa Medicare/Medicaid, sus aseguradoras o intermediarios, cualquier expediente médico u otra información sobre mi tratamiento, para obtener el reembolso por el tratamiento y los servicios que me presten Community Health Partners y sus proveedores afiliados. Esta Aceptación y autorización de servicios no permite que se compartan expedientes sobre mi tratamiento relacionado con servicios que requieran autorización específica según la ley estatal o federal.

### III. Programa de enseñanza

Entiendo que, con la supervisión adecuada, residentes, internos, estudiantes de medicina y estudiantes de profesiones auxiliares de atención médica (p. ej., enfermería, radiografías y terapia de rehabilitación), fellows de posgrado y otras personas en formación, podrán observar, examinar, tratar y participar en mi atención como parte de programas educativos.

### IV. Cesión de beneficios y acuerdo de colaboración en esfuerzos de cobro

En contraprestación por los servicios de atención médica que me preste Community Health Partners ("Servicios"), por el presente, cedo a Community Health Partners todos mis derechos y reclamos de reembolso según Medicare, Medicaid o pólizas colectivas por accidentes o de seguro médico para las que pueda haber beneficios disponibles para el pago de los servicios prestados. Community Health Partners incluye, entre otros, todos los otros médicos, asistentes médicos, enfermeros, terapeutas, laboratorios, entidades de pruebas de diagnóstico y otras personas o entidades en cuyo nombre Community Health Partners preste servicios de facturación en relación con los Servicios. Además, por el presente, acepto cooperar personalmente y seguir todos los pasos necesarios, requeridos o razonablemente solicitados por cualquier fuente de reembolso, para efectuar, formalizar, confirmar o validar mi cesión y autorización de Community Health Partners como mi cesionario y representante autorizado, y ayudar a Community Health Partners a obtener el pago por parte de cualquier fuente de reembolso.

### V. Garantía de pago

Entiendo y acepto que soy responsable del pago de todos los cargos relacionados con cualquier Servicio prestado. Aunque mis reclamos puedan pagarlos las fuentes de cobertura mencionadas arriba, reconozco que el pago no está garantizado y que soy el responsable final de pagarle a Community Health Partners el saldo adeudado de todos los cargos que no pague la cobertura arriba mencionada (sin incluir los cargos que no se puedan cobrar, según las reglamentaciones de Medicare). Esto puede incluir costos de cobro o los honorarios razonables de un abogado.

## Aceptación y autorización de servicios

---

### VI. Uso de tecnología de transcripción de IA y grabaciones de audio

Según las leyes de California, es ilegal grabar una comunicación confidencial sin consentimiento de todas las partes participantes. Esto incluye conversaciones entre médicos o profesionales médicos y sus pacientes.

Es posible que, a veces, Community Health Partners use tecnología de transcripción mediante inteligencia artificial (“IA”) para ayudar a los proveedores a crear notas sobre mi atención y actualizar mi expediente médico. La tecnología hace esto analizando el audio de mi visita y usándolo para escribir las conversaciones que tengo con mi proveedor en tiempo real, de forma similar a un escribiente médico. El proveedor debe revisar y aprobar el registro de la conversación para asegurar que esté correcto, antes de que las notas creadas por la IA se puedan agregar al expediente médico. El proveedor que usa Community Health Partners cumple la HIPAA, para impedir el acceso no autorizado a mi información médica protegida. Si quiero permitir que mi proveedor use esta función, debo indicarlo aquí. Si lo permito, puedo decidir cancelarlo verbalmente en cualquier momento durante una visita específica, para detener el uso de la tecnología durante esa visita. En cualquier momento, puedo revocar completamente mi consentimiento para permitir el uso de tecnología, informando de mi decisión, por escrito, al personal de mi clínica de Community Health Partners. Optar por no permitirlo no afectará mi capacidad para recibir tratamiento.

El uso de dispositivos de grabación, como teléfonos celulares, grabadoras de audio o cualquier otro equipo usado para captar o registrar imágenes o sonido, por parte de los pacientes u otras visitas, sin consentimiento de los médicos o de los profesionales médicos, está prohibido.

- Marcando esta casilla, **doy mi consentimiento para la grabación de audio de mis visitas y el uso de tecnología de transcripción de IA**, para ayudar a mi proveedor a crear notas sobre mi atención y actualizar mi expediente médico. La grabación y documentación asociada también se pueden usar para mejorar la tecnología de IA.
- Marcando esta casilla, **no doy mi consentimiento para la grabación de audio de mis visitas ni para el uso de tecnología de IA** para ayudar a mi proveedor a crear notas sobre mi atención y actualizar mi expediente médico.

### VII. Consentimiento para fotografías

Por el presente, doy mi consentimiento para que Community Health Partners use grabaciones digitales o de video de los procedimientos y tratamientos que me den, para el uso en tratamientos o para operaciones de atención médica, como revisión de pares o educación médica.

El uso de esas imágenes está sujeto solamente a las siguientes limitaciones:

---

---

El término “fotografía”, como se usa aquí, incluye videos o fotografías estáticas, en formato digital u otros formatos, y cualquier otro medio de grabación o reproducción de imágenes.

Entiendo también que debo obtener el consentimiento de mi proveedor tratante si pido que el personal de CHP fotografíe un procedimiento o tratamiento. También entiendo que las fotografías se mantendrán en mi expediente médico electrónico.

He leído cada uno de los puntos anteriores, I-VII, y acepto totalmente cada declaración y acuerdo que figura aquí, que puede incluir tratamiento como paciente ingresado después de una emergencia o atención ambulatoria, firmando abajo como acto libre y voluntario.

---

Firma del paciente/representante legal/garante

---

Fecha

---

Nombre en letra de molde

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

## Políticas de pago y facturación

Gracias por elegir Community Health Partners. Participamos con diversos planes de seguro y le facturaremos directamente a su seguro según esos planes.

Entendemos que la facturación y el pago de los servicios de atención médica pueden ser confusos y complicados. Es importante que sepa la información contenida en su plan médico específico, incluyendo los copagos y otras disposiciones. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicios para miembros de su plan médico al número que aparece en el folleto de su plan de beneficios o en su tarjeta de identificación.

**Infórmenos de cambios:** Si actualmente es paciente, infórmenos si su información personal o del seguro ha cambiado desde su última visita. La falta de información actualizada puede causar demoras en la atención y la responsabilidad de pagar el costo total de la visita.

**Traiga su información médica:** Traiga su información de seguro médico a su visita. Esto incluye identificación, todas las tarjetas del seguro y los formularios de autorización/remisión. Le pediremos que firme formularios, como autorización para revelar información, cesión de beneficios y posiblemente, otros formularios, según su visita.

**Copagos, deducibles y coseguro:** Los copagos se pagan en el momento de su visita en el consultorio. Según los términos de nuestro contrato con los diversos planes de seguro, no podemos dejar de cobrar los copagos, deducibles ni coseguros definidos como responsabilidad del paciente. Si tiene preguntas sobre sus copagos o deducibles, llame a su compañía de seguros. Por su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, débito, VISA y MasterCard.

**Saldos que debe pagar el paciente:** Todos los saldos que deba pagar el paciente se deberán pagar en su totalidad o se deberá hacer un acuerdo de pago en el momento de su visita.

**Depósitos:** Para ciertos procedimientos, es posible que deba pagar un depósito o pagar todo el servicio antes del tratamiento.

**Pago inmediato:** Ofrecemos un descuento por pago inmediato. Comuníquese con nuestro Departamento de Facturación (Billing Department) para obtener información.

**Autorización previa:** La mayoría de los planes médicos exigen autorización para servicios optativos. Si su compañía de seguro decide que su servicio no era médicamente necesario, es preexistente o no es un servicio cubierto, se le pedirá que pague antes del momento del servicio.

**Planes de atención administrada/HMO:** Es su responsabilidad asegurarse de que se haya obtenido una remisión actual para su atención con nuestros proveedores. Si no se ha obtenido una remisión para el momento de su cita, es posible que tenga que reprogramar su visita hasta tener una remisión actual. Sabemos que esto es un inconveniente, pero sin la remisión, Community Health Partners no recibirá reembolso por los servicios prestados.

**Compensación de trabajadores:** Traiga su número de reclamo, fecha de la lesión y la información del empleador/compensación de trabajadores. Su reclamo debe estar abierto y ser válido para la condición por la que lo atenderemos.

**Estados de cuenta:** No recibirá un estado de cuenta hasta que su compañía de seguros primaria haya cumplido su responsabilidad de pago o se determine que un servicio es responsabilidad del paciente.

**Con quién hablar de una factura:** La confidencialidad es importante. Nuestros representantes de cuentas de los pacientes solo pueden hablar con el paciente o con la persona designada por escrito por el paciente para recibir la factura por el paciente.

He leído, entiendo y acepto las Políticas de pago y facturación que figuran arriba. Entiendo que los cargos que no tengan cobertura de mi compañía de seguros, y los copagos y deducibles aplicables, son mi responsabilidad. Autorizo a que mis beneficios del seguro se paguen directamente a Community Health Partners. Autorizo a Community Health Partners a revelar la información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando sea necesario, para obtener autorización para un procedimiento o facilitar el pago de un reclamo. He dado información completa y precisa, y acepto informar a Community Health Partners de cualquier cambio en mi información personal de facturación o en la información de facturación de mi seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación:  
  
\_\_\_\_\_

Community Health Partners cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Su proveedor es miembro de la fundación médica Community Health Partners. Esto significa que los estados de cuenta de facturación por servicios que preste su médico vendrán de la fundación médica Community Health Partners y los procesará la misma.

---

## Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Partners. Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad describe cómo Community Health Partners puede revelar y usar mi información médica protegida. Me recomendaron que leyera todo el Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente/representante legal/garante

Si lo firma el representante legal/garante del paciente, escriba:

1. Nombre de la persona que firma: \_\_\_\_\_
2. Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Se negó a firmar el acuse de recibo o no se pudo obtener el acuse de recibo.

## Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Partners

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE CONSULTAR DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

### ¿Qué es este aviso y por qué es importante?

La ley exige este aviso, para informarlo de cómo se protegerá su información médica, cómo Community Health Partners puede usar o revelar su información médica y cuáles son sus derechos sobre su información médica. El aviso cubre a todas las personas que sean empleados de nuestra organización o que le den atención mediante la misma. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al representante de privacidad de Community Health Partners al (559) 724-4400.

### Entienda su información médica

Cada vez que usted visita a un médico, proveedor de atención médica u hospital, se crea un expediente. Normalmente, ese expediente contiene una descripción de sus síntomas, historia médica, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para atención futura. Esa información, a menudo conocida como su expediente médico, sirve como:

- Base para planificar su atención y tratamiento
- Medio de comunicación entre los profesionales médicos que colaboran en su atención
- Documento legal de la atención que recibe
- Medio por el que usted o un tercero pagador (p. ej., una compañía de seguros médicos) pueden verificar que los servicios que recibió se facturen correctamente
- Herramienta de educación de profesionales médicos
- Fuente de datos para investigaciones médicas
- Fuente de información para las autoridades de salud pública
- Fuente de datos para planear centros, comercializar servicios de atención médica y recaudar fondos
- Herramienta para facilitar la atención médica de rutina
- Herramienta con la que podemos evaluar y trabajar para mejorar la atención que damos

Entender el contenido de su expediente y cómo se usa su información médica lo ayuda a asegurar que la información sea precisa y a entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué hay otras personas que pueden tener acceso a su información médica, y a tomar decisiones más informadas cuando autorice revelaciones a terceros.

### Sus derechos sobre la información médica

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con sus expedientes médicos y de facturación que tiene Community Health Partners:

**Obtener una copia de este aviso.** Recibirá una copia de este aviso en su primera visita después de su publicación. Después, puede pedir una copia de este aviso o de cualquier modificación en nuestro sitio web <https://www.communitymedical.org/Privacy> o llamando al Departamento de Información Médica (Health Information Department) al (559) 459-3925.

**Autorización para usar su información médica.** Antes de usar o revelar su información médica de un modo distinto al descrito abajo, obtendremos su autorización por escrito, que podrá revocar en cualquier momento para impedir revelaciones o usos futuros que constituyan la venta de su información médica.

**Acceder a su información médica.** Puede pedir una copia de su información médica que tiene Community Health Partners en su expediente médico o de facturación. Su pedido se debe presentar por escrito. Cobramos una cantidad nominal por los costos de acceso.

## Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Partners

---

**Modificar su información médica.** Si cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que la corrijamos o que agreguemos la información que falta. Su solicitud deberá hacerse por escrito y podrá recoger un formulario para ese propósito en el Departamento de Administración de la Información Médica (Health Information Management Department) (expedientes médicos). Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su solicitud y lo informaremos de nuestra decisión.

**Solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede solicitar, por escrito, que nos comuniquemos con usted sobre su información médica de una manera específica (p. ej., utilizando una dirección de correo o teléfono determinados). Haremos todo lo posible por cumplir su solicitud.

**Limitar nuestro uso o revelación de su información médica.** Puede solicitar, por escrito, que restrinjamos el uso o la revelación de su información médica para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica o cualquier otro propósito, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando nos lo exija la ley o en una situación de emergencia, para atenderlo. Consideraremos su solicitud y responderemos, pero no estamos obligados legalmente a aceptar si creemos que su solicitud interferiría en nuestra capacidad para tratarlo o cobrar el pago por nuestros servicios. Sin embargo, si paga la totalidad del artículo o servicio de atención médica de su bolsillo, tendrá derecho a restringir ciertas revelaciones de su información médica a un plan médico.

**Decidir que no quiere participar en Care Everywhere ni en el intercambio de información médica.** Community Health Partners y los médicos afiliados participan en Care Everywhere (CE) y en el intercambio de información médica (HIE), que son sistemas electrónicos seguros para que los proveedores de atención médica compartan su información médica. Mediante CE y el HIE, sus proveedores participantes podrán acceder a la información sobre usted que sea necesaria para su tratamiento. Tiene derecho a elegir que su información no se incluya en CE ni en el HIE, optando personalmente por no participar. No es necesario que participe en CE ni en el HIE para recibir atención. Si decide no participar en CE ni en el HIE (es decir, si cree que su información médica no debe compartirse por medio de CE ni del HIE), Community Health Partners y los médicos afiliados continuarán usando su información médica según este aviso y la ley aplicable, pero no la compartirán con otros proveedores de atención médica por medio de CE ni del HIE. Para decir que no quiere participar en CE ni en el HIE, pida un formulario en el Departamento de Administración de la Información Médica de Community Health Partners al (559) 459-3925 y lo recibirá por correo.

**Lista de revelaciones.** Puede pedir una lista de las revelaciones de su información médica que hayamos hecho por motivos distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Las revelaciones que hagamos con su autorización no se incluirán en la lista. La primera lista que pida en un período de 12 meses será gratis. Es posible que le cobremos por listas adicionales.

### Nuestras responsabilidades

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica, establecer políticas y procedimientos que regulen el comportamiento de nuestro personal y socios comerciales, y dar este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. Ante cualquier violación de información médica protegida sin asegurar, cumpliremos todos los requisitos de aviso de violación de la HIPAA/HITECH, que incluirán un aviso para usted de cualquier impacto que la violación pudiera haber tenido para usted o sus familiares, y las medidas que tomamos para minimizar cualquier impacto que la violación pueda o pudiera tener para usted.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y procedimientos para proteger la información médica. Cuando hagamos un cambio significativo en la manera en que usamos o revelamos su información médica, también cambiaremos este aviso. El nuevo aviso se publicará en nuestro sitio web, y estará disponible en el mostrador de información y en nuestros departamentos de expedientes médicos.

Excepto para los fines relacionados con su tratamiento, para cobrar por nuestros servicios, para hacer nuestras actividades comerciales necesarias o cuando la ley lo permita o exija, no usaremos ni revelaremos su información médica sin su autorización.

Tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento. No podemos anular ninguna revelación que ya hayamos hecho con su permiso.

### Para obtener más información o para reportar un problema

Si tiene alguna pregunta, necesita más información o quiere pedir una copia actualizada de este aviso, puede llamar al Departamento de Información Médica al (559) 459-3925 o a la Oficina de Privacidad (Privacy Office) al (559) 724-4400.

## Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Partners

---

Si cree que no hemos protegido su privacidad adecuadamente, que hemos violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre sus derechos, puede comunicarse con el representante de privacidad de Community Health Partners que figura en la parte de arriba del Aviso de prácticas de privacidad. También puede enviar una queja por escrito a:

U.S. Department of Health and Human Services  
Office of Civil Rights Attn: Regional Manager  
90 7th Street, Suite 4 -100 San Francisco, CA 94103  
1 (415) 437-8310

Community Health Partners se asegurará de que no lo penalicen y que la atención que reciba en nuestros centros no se vea afectada si presenta una queja.

### Ejemplos de usos y revelaciones por tratamiento, pago y operaciones de atención médica

#### **Usaremos su información médica para facilitar su tratamiento médico.**

**Por ejemplo:** La información que obtenga un enfermero, médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su expediente y se usará para determinar el curso de su tratamiento médico. Les daremos a su médico o a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento (p. ej., especialistas, médicos consultores, anestesistas, terapeutas, etc.) copias de diversos reportes que puedan ayudarlos a darle tratamiento.

#### **Usaremos su información médica para cobrar pagos por servicios de atención médica que prestemos.**

**Por ejemplo:** Se les puede enviar una factura a usted o a su compañía de seguro médico. La información en la factura, o que la acompañe, puede incluir datos que lo identifiquen, además de su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. En algunos casos, la información de su expediente médico se envía a su compañía de seguros para explicar la necesidad o dar información adicional sobre su tratamiento. También podemos revelar información médica a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por servicios que le hayan prestado.

#### **Usaremos su información médica para facilitar operaciones de atención médica de rutina.**

**Por ejemplo:** Los miembros de nuestro equipo médico o equipos de mejora de la calidad pueden usar la información de su expediente para evaluar la atención que haya recibido y cómo fue su progreso en comparación con el de otras personas.

#### **Usaremos su información médica para educar al personal médico, residentes y estudiantes.**

**Por ejemplo:** Community Health Partners tiene asociaciones con diversas escuelas que participan en la educación de profesionales médicos. Todo el personal, los residentes y los estudiantes deben firmar un acuerdo de confidencialidad antes de acceder a cualquier información médica que tenga Community Health Partners.

#### **Usaremos su información médica para informar a su familia y amigos de su condición o si usted muere.**

**Por ejemplo:** Podemos usar o revelar información para informar o ayudar a informar de su condición general a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención. Los profesionales médicos, ejerciendo su mejor criterio, pueden revelar a un familiar, a otro pariente, a un amigo personal cercano o a otra persona que usted identifique, información médica relevante para facilitar la capacidad de la persona para ayudarlo en su atención o coordinar el pago de su atención.

#### **Podemos usar su información médica para informar de su muerte a otras personas.**

**Por ejemplo:** Podemos revelar información médica a directores de funerarias, forenses y examinadores médicos, según la ley aplicable para que cumplan sus obligaciones.

### Ejemplos de usos y revelaciones para otros fines

**Recordatorios de citas:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle citas.

**Tratamientos alternativos:** Podemos usar su información médica para darle información sobre la disponibilidad de tratamientos alternativos que estén dentro del alcance de las opciones para su condición.

**Recaudación de fondos:** Somos una organización basada en la comunidad y sin fines de lucro, que depende ampliamente del apoyo de la beneficencia. Podemos revelar información limitada sobre usted, como su nombre, dirección, datos demográficos y las fechas en que recibió tratamiento, a nuestra fundación de recaudación de fondos, para que puedan informarlo de oportunidades para apoyar a Community Medical Centers, y sus servicios y programas. Usted tiene derecho a decidir que no quiere recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.

## Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Partners

---

**Investigación:** Podemos comunicarnos con usted para pedirle que participe en un estudio de investigación autorizado. En algunos casos, podemos revelar su información médica a investigadores cuando una junta de revisión institucional o de privacidad haya aprobado la investigación. Antes de dar cualquier información, se establecerán procedimientos especiales para proteger la privacidad de su información.

**Hoja de registro:** Podemos usar y revelar información médica sobre usted pidiéndole que se registre cuando llegue a nuestro centro. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

**Compensación de trabajadores:** Podemos revelar su información médica a su empleador y aseguradoras de compensación de trabajadores, según lo autoricen las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

**Si lo exige la ley:** Usaremos y revelaremos su información médica para cumplir las leyes estatales y federales, lo que incluye reportar abuso, descuido o violencia doméstica, responder a procesos judiciales o administrativos, cumplir auditorías, responder a agentes de las fuerzas del orden, reportar amenazas a la salud y seguridad, reportar a autoridades de salud pública u otras agencias federales.

**Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** Podemos revelar a la FDA su información médica relacionada con reacciones negativas a comida, suplementos nutricionales, productos y defectos en productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización, para permitir que se hagan retiradas de productos, reparaciones o reemplazos.

**Fabricantes de dispositivos:** Si recibe un dispositivo médico implantado o que se use para funciones de soporte vital, podemos revelar su nombre, dirección y otra información, según lo exija la ley, al fabricante del dispositivo, para fines de seguimiento. Usted puede negarse a autorizar la revelación de su nombre e información de contacto.

**Asociados comerciales:** Hay algunos servicios que se prestan en nuestra organización por medio de contratos con asociados comerciales. Entre los ejemplos se incluyen ciertos análisis de laboratorio, encuestas de satisfacción del paciente y el servicio de copia que usamos para hacer copias de su expediente médico. Cuando esos servicios los prestan asociados comerciales contratados, podemos revelarles las partes correspondientes de su información médica para que ellos puedan hacer el trabajo que les hayamos asignado. Sin embargo, para proteger su información médica, exigimos que todos los asociados comerciales firmen un acuerdo de confidencialidad, para confirmar que protegerán apropiadamente su información.

**Funciones gubernamentales especializadas:** Podemos revelar su información médica para fines militares o de seguridad nacional, o a instituciones correccionales o a agentes de las fuerzas del orden que lo tengan en custodia legal.