

Nuevo/Nueva Paciente Formulario de Registro

En letra de imprenta por favor. Complete **TODAS** las secciones.

MRN: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	
También conocido como:		Apellido de soltero:		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 doméstica registrada <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Otro	
Sexo asignado en el nacimiento: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No registrado en el nacimiento <input type="checkbox"/> Incierto <input type="checkbox"/> Desconocido	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero	Sexo legal/administrativo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Desconocido		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Algo diferente <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	
Raza: <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> India americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar					
Grupo étnico: <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"/> Lao <input type="checkbox"/> Punyabí <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/Señas <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiere 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:		
Correo electrónico:					
Empleador:				N.º de teléfono:	
Médico de atención primaria:				N.º de teléfono:	
Farmacia preferida:				N.º de teléfono:	
Lugar de la farmacia/Cruce de calles:					

INFORMACIÓN DE LESIONES

Fecha de lesión:	Lesión en 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 resultar en cargos que se facturarán directamente al paciente.

** El sistema de registro médico electrónico (EMR) de Community Health Partners necesita su número de seguro social como su número de identificación único. Ayúdenos a darle la atención de la más alta calidad 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 inconsistencias. Asegúrese de que su número de seguro social se usa solo para este propósito, nunca se imprime. Está protegido del uso indebido al igual que protegemos su información médica.

Nuevo/Nueva Paciente Formulario de Registro

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
-----------	---------	-----------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO Favor de entregar la tarjeta del seguro a la recepcionista.

Información del garante: <input type="checkbox"/> Marque qquí si es la misma que la del/la paciente	
Parte responsable:	Fecha de nacimiento:
Domicilio (si es diferente a la del/la paciente):	Nº de teléfono de la casa:
Ocupación:	Empleador:
Dirección del empleador:	Nº de teléfono:

SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguro:			
Nombre del suscriptor:		Nº de seguro social del suscriptor:	
Fecha de nacimiento:	Nº del grupo:	Nº de póliza:	
Copago: \$	Relación del/la paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> La misma persona-01 <input type="checkbox"/> Espos(a)-02 <input type="checkbox"/> Hijo(a)-03 <input type="checkbox"/> Otro: _____		

SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)

Nombre de la compañía de seguro:			
Nombre del suscriptor:		Nº de seguro social del suscriptor:	
Fecha de nacimiento:	Nº del grupo:	Nº de póliza:	
Relación del/la paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> La misma persona-01 <input type="checkbox"/> Espos(a)-02 <input type="checkbox"/> Hijo(a)-03 <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Es un reclamo por indemnización laboral: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Código de motivo secundario de Medicare (Si Medicare es secundario debe marcar uno):			
<input type="checkbox"/> 12 Beneficiario o cónyuge anciano que trabaja con un plan de salud grupal del empleador			
<input type="checkbox"/> 13 Beneficiario de enfermedad renal en etapa terminal en el período de coordinación obligatorio con un plan de salud grupal del empleador			
<input type="checkbox"/> 14 El seguro principal es el seguro a todo riesgo, incluyendo el de vehículo			
<input type="checkbox"/> 15 Indemnización laboral			
<input type="checkbox"/> 16 Servicio de Salud Pública u otra agencia federal (programa de investigación del gobierno)			
<input type="checkbox"/> 41 Neumoconiosis (pulmón negro)			
<input type="checkbox"/> 42 Administración para Veteranos de Guerra			
<input type="checkbox"/> 43 Beneficiario incapacitado menor de 65 años con un Plan de Cuidado Médico de un grupo grande—Empleadores con más de 50 empleados)			
<input type="checkbox"/> 47 Otro seguro de responsabilidad es el primario (Seguro de propietario)			
¿Cuál es su método de comunicación preferido para recordarle las consultas? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo regular <input type="checkbox"/> Web Portal <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> No contactarme <input type="checkbox"/> Correo electrónico			

Procedimientos y Consentimientos del Consultorio

Expedientes médicos electrónicos compartidos

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

Un entorno libre de humo

A fin de proteger la salud de nuestros pacientes, empleados y visitas, se prohíbe fumar en las oficinas de Community Health Partners.

Un entorno libre de armas

No se permiten armas de ningún tipo en ninguna de las oficinas y consultorios de Community Health Partners.

Política de cancelación de las consultas/No presentarse

Nos gustaría brindarle un servicio excepcional. Sin embargo, esto requiere su cooperación. Si no puede asistir a una consulta programada, por favor llámenos con al menos 24 horas de anticipación para que podamos darle su lugar a otro paciente. Si no acude a la consulta o no llama con al menos 24 horas de anticipación, es considerada como una persona que “No se presentó” y puede que le facturen directamente un cargo de \$ 35.00 ya que no está cubierto por ningún plan de seguro.

Cláusula De Privacidad

Una persona es responsable de la invasión constructiva de la privacidad cuando intenta capturar cualquier tipo de imagen visual, grabación de sonido u otra impresión física de otra persona que participa en una actividad personal o familiar en circunstancias en las que esa persona tenía una expectativa razonable de la privacidad. Una persona que viole estas disposiciones estaría sujeta a una multa civil de no menos de \$5.000 y no más de \$50.000 [Código Civil de California, Sección 1708.8].

Open Payments (Órdenes de pago abiert)

La base de datos de Open Payments (Órdenes de pago abiertas) es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías de fármacos y dispositivos a médicos y a hospitales universitarios. Se pue encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la Política de cancelación de consultas/No presentarse.

Firma del paciente/representante legal/garante

Fecha

Nombre en imprenta

Si no está firmado por el paciente, escriba el nombre en letra de imprenta e indique la relación con el paciente:

Consentimiento de Intercambio de Comunicaciones Electrónicas

Para brindarle un mejor servicio ofrecemos servicios de comunicación electrónica a través de mensajes de texto, correo electrónico y mensajes de voz. La comunicación electrónica se usa para, pero no se limita a:

- Recordatorios de consultas
- Encuestas a pacientes
- Consejos generales de salud

Al proporcionar mi número de teléfono (incluido un número de teléfono fijo o inalámbrico), doy mi consentimiento para recibir llamadas (incluidas llamadas de marcación automática y mensajes de voz artificial o pregrabados) a ese número de parte de la clínica y sus médicos, agentes y contratistas independientes (incluidas las agencias de servicios y agencias de cobranza) con respecto a todos los servicios clínicos/médicos que recibo, ahora y en el futuro, y cualquier obligación financiera relacionada.

Si las hubiera, limitaciones en las llamadas: _____

Si deseo revocar este consentimiento, acepto notificar [inserte la oficina/número de teléfono/dirección de correo electrónico para recibir las revocaciones].

También notificaré a esta oficina si renuncio a cualquier número de teléfono que le dé a la clínica. Entiendo que no estoy obligado(a) a aceptar firmar el Consentimiento de intercambio de comunicaciones electrónicas como condición para recibir servicios en la clínica.

Favor de enumerar los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que permite usar para comunicarse con usted.

Número de teléfono celular: _____ Número de línea telefónica fija: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del paciente/representante legal/garante

Fecha

Nombre en imprenta

Si no está firmado por el paciente, escriba el nombre en letra de imprenta e indique la relación con el paciente:

Acuerdo y Autorización Para la Prestación de Servicios

I. Consentimiento para un diagnóstico y tratamiento

Reconozco y entiendo que, al presentarme en Community Health Partners para recibir tratamiento y atención médica, autorizo y doy mi consentimiento para la administración y realización de todas las pruebas y tratamientos que el médico (y/o el asistente designado) pueda ordenar y que los miembros del personal médico y el personal de Community Health Partners lleven a cabo. Entiendo que parte de mi atención médica puede realizarse mediante consultas remotas de telesalud (también conocidas como telemedicina), y doy mi consentimiento para su uso cuando el personal médico de Community Health Partners lo considere médicamente apropiado. Soy consciente de que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías como resultado de un tratamiento o examen.

II. Divulgación y uso de la información

Entiendo que Community Health Partners puede registrar, en forma electrónica y física, información médica y de otro tipo sobre mi tratamiento. Dicha información es necesaria en el curso de mi tratamiento y Community Health Partners puede darla a conocer para los fines permitidos por la ley y autorizados en este formulario. Entiendo que partes de mis registros pueden ser divulgados a personal calificado que no pertenece a Community Health Partners con el propósito de realizar investigaciones científicas o estadísticas, auditorías administrativas o financieras, evaluación de programas y licencias u otro propósito similar. En ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación será inidentificado(a) por mi nombre u otra información de identificación personal sin mi consentimiento expreso por escrito.

Por la presente, autorizo a Community Health Partners a divulgar a mis compañías de seguros, grupos de seguros de empleadores, planes de salud, programa de Medicare/Medicaid, sus compañías de seguros o intermediarios cualquier antecedente médico u otra información relacionada con este tratamiento para obtener, en mi nombre, reembolso por el tratamiento y los servicios proporcionados por Community Health Partners y los médicos asociados. En cualquier momento y por cualquier motivo puedo revocar mi consentimiento proporcionando una notificación por escrito a Community Health Partners. Esta autorización no entrará en conflicto con ninguna política interna de Community Health Partners con respecto a la divulgación de información, la cual tendrá prioridad. Esta autorización no está destinada a permitir la divulgación de registros relacionados con mi tratamiento para los servicios que requieren una autorización específica según la ley estatal o federal.

III. Programa de enseñanza

Entiendo que los residentes, pasantes, estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones auxiliares del cuidado de la salud (a decir, personal de enfermería, radiología y terapia de rehabilitación) debidamente supervisados, médicos en formación de posgrado, y otros aprendices pueden observar, examinar, tratar y participar en mi atención como parte de programas educativos.

IV. Asignación de beneficios y acuerdo para cooperar en los esfuerzos de cobranza

Teniendo en cuenta los servicios de atención médica ("Servicios") que me brinda Community Health Partners, por la presente cedo a Community Health Partners, médicos y otros profesionales asociados con Community Health Partners todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo Medicare, Medicaid, o póliza por accidente o seguro de salud de grupo cuyos beneficios pueden estar disponibles para el pago de los servicios prestados. Community Health Partners incluye, entre otros, todos los demás médicos, asistentes médicos, personal de enfermería, terapeutas, laboratorios, entidades de pruebas de diagnóstico y todas las demás personas o entidades en cuyo nombre Community Health Partners proporciona servicios de facturación en relación con los Servicios. Además, por la presente, acepto cooperar personalmente y tomar todas las medidas necesarias, requeridas o razonablemente solicitadas por cualquier fuente de reembolso para efectuar, perfeccionar, confirmar o validar mi asignación y autorización a Community Health Partners como mi cesionario y representante autorizado y para ayudar a Community Health Partners a conseguir el pago de cualquier fuente de reembolso.

Acuerdo y Autorización Para la Prestación de Servicios

V. Garantía de pago

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos relacionados con los Servicios prestados. Si bien las solicitudes de pago pueden ser pagados por las fuentes de cobertura mencionadas anteriormente, reconozco que el pago no está garantizado y que en última instancia soy responsable de pagar a Community Health Partners el saldo adeudado de todos los cargos no pagados por la cobertura mencionada anteriormente (excluyendo los cargos que de conformidad con la regulación de Medicare no se pueden cobrar). Esto puede incluir los costos por materia de cobranza y/o los honorarios razonables de abogados.

VI. Consentimiento a ser fotografiado

Por la presente, doy mi consentimiento para que Community Health Partners use grabaciones digitales y/o video de procedimientos y tratamientos proporcionados para su uso en el tratamiento o para fines de operaciones de atención médica, como revisión por pares o educación médica

El uso de dichas fotografías está sujeto únicamente a las siguientes limitaciones:

El término "fotografía" tal como se utiliza en este documento incluye video o fotografía fija, en formato digital o de cualquier otro tipo, y cualquier otro medio de grabación o reproducción de imágenes.

Además, si solicito que el personal de CHP fotografíe un procedimiento o tratamiento, entiendo que debo obtener el consentimiento de mi profesional o mis profesionales de la salud que me está(n) tratando. También entiendo que la fotografía y las fotografías se mantendrán en mi expediente médico electrónico.

He leído cada uno de los puntos anteriores I-VI, y al firmar a continuación como mi acto libre y voluntario constato que estoy totalmente de acuerdo con cada una de las declaraciones y acuerdos aquí incluidos, que pueden incluir tratamiento hospitalario después de una emergencia o atención ambulatoria.

Firma del paciente/representante legal/garante

Fecha

Nombre en letra de imprenta

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

Políticas Financieras y de Facturación

Gracias por elegir Community Health Partners. Participamos con una variedad de planes de seguro y facturaremos directamente a su seguro como parte de estos planes.

Entendemos que la facturación y el pago de los servicios de atención médica pueden ser confusos y complicados. Es importante que conozca la información contenida en su plan de salud específico, incluidos los copagos y otras disposiciones. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicios al miembro de su plan de salud; el número figura en el folleto del plan de beneficios o en su tarjeta de identificación.

Infórmenos de cualquier cambio: Si es paciente actual, infórmenos si desde la última consulta su información personal o de seguro ha cambiado. La falta de información actualizada puede causar retrasos en la atención y responsabilidad por el costo de la consulta.

Traiga la información médica: Traiga la información del seguro a la consulta. Esto incluye la identificación, todas las tarjetas de seguro y formularios de autorización o pases. Le pediremos que firme algunos formularios como una divulgación de información, asignación de beneficios y posiblemente formularios adicionales, según lo requiera la consulta.

Copagos, deducibles y coseguro: Los copagos deben pagarse al momento de la consulta en el consultorio. Según los términos de nuestro contrato con los diversos planes de seguro, no podemos eximir ningún copago, deducible o coseguro definido como responsabilidad del/la paciente. Si tiene alguna pregunta sobre los copagos o deducibles, llame a su compañía de seguros. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, débito, VISA y MasterCard.

Saldos responsables al paciente: Todos los saldos que son responsabilidad del paciente deben pagarse en su totalidad o se debe hacer un arreglo financiero en el momento de la consulta.

Depósitos: Es posible que para ciertos procedimientos deba pagar un depósito o pagar por el servicio completo antes del tratamiento.

Pago puntual: Ofrecemos un descuento por pagos puntuales. Para obtener más detalles, favor de ponerse en contacto con nuestro Departamento de Facturación.

Autorización previa: La mayoría de los planes de salud requieren autorización para servicios electivos. Si su compañía de seguros decide que su servicio no es médicamente necesario, es preexistente o no es un servicio cubierto, se le pedirá que pague antes del momento de recibir el servicio.

Planes de atención médica administrada/HMO: Para recibir la atención de nuestros profesionales de la salud es su responsabilidad asegurarse de que se haya obtenido un pase vigente. Si no se ha obtenido un pase para su consulta, es posible que deba reprogramar la consulta hasta que tenga un pase vigente. Sabemos que esto es un inconveniente, pero sin un pase, Community Health Partners no recibirá ningún reembolso por los servicios prestados.

Indemnización laboral: Por favor, traiga su número de reclamo, la fecha de la lesión y la información de indemnización del empleador/la información de la indemnización laboral. Hay que abrir un reclamo y ser válido de acuerdo al estado por el cual lo estamos atendiendo.

Declaraciones: No recibirá una declaración hasta que su compañía de seguros principal haya cumplido con su responsabilidad financiera o se determine que cierto servicio es responsabilidad del/la paciente.

Quién puede tratar el tema de una factura: La confidencialidad es importante. Nuestros representantes de contaduría solo pueden hablar con el/la paciente o la persona que el/la paciente ha designado por escrito para que reciba la(s) factura(s) en nombre de él o ella.

He leído, entiendo y acepto las Políticas Financieras y de Facturación mencionadas anteriormente. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los copagos y deducibles aplicables, son mi responsabilidad. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Community Health Partners. Autorizo a Community Health Partners a divulgar información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando sea necesaria para obtener autorización para un procedimiento o para facilitar el pago de un reclamo. He proporcionado información completa y precisa y acepto informar a Community Health Partners de cualquier cambio relacionado a mi información de facturación personal o la información de facturación de mi seguro.

Firma del paciente/representante legal/garante

Fecha

Nombre en imprenta

Si no está firmado por el paciente, escriba el nombre en letra de imprenta e indique la relación con el paciente:

Community Health Partners cumple con las leyes federales de los derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Su profesional de la salud es miembro de la fundación médica de Community Health Partners. Eso significa que los resúmenes de cuentas de los servicios prestados por el médico provendrán y serán procesados por la fundación médica de Community Health Partners.

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de la Privacidad

Declaro haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de la Privacidad de Community Health Partners. Entiendo que dicho aviso describe cómo Community Health Partners puede divulgar y utilizar mi información médica protegida. Se me alienta a leer el Aviso de Prácticas de la Privacidad en su totalidad.

Nombre del/la paciente: _____ N° de expediente médico: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____

Paciente/Representante Legal/Garante

Si firmó el representante legal/garante del paciente, indicar:

1. a. Nombre del/la firmante: _____
2. b. Relación con el/la paciente: _____

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

Representante Personal

En el espacio a continuación, de desearlo, indique cualquier representante personal * u otras personas que puedan recibir o conocer información sobre su atención médica durante el período de 12 meses a partir de la fecha en que firma este formulario. Si sus representantes personales designados u otras personas cambian durante el tiempo que este formulario está en vigencia, debe comunicarse por escrito con Community Health Partners y solicitar el cambio.

Nombre(s)

Me niego a tener ningún representante personal.

Firma del paciente/representante legal/garante

Fecha

Nombre en imprenta

Si no está firmado por el paciente, escriba el nombre en letra de imprenta e indique la relación con el paciente:

* Un representante personal según se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) es alguien con la autoridad para tomar decisiones relacionadas con su atención médica según la ley estatal aplicable. Algunos ejemplos de representantes personales incluyen: un agente autorizado para tomar decisiones médicas en su nombre delineado en las instrucciones por anticipado, un tutor legal designado por el tribunal, o el padre o la madre o un tutor o un menor anticipado.

Community Health Partners (CHP) cumple con la ley federal de derechos civiles aplicable y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Notificación de las Prácticas de Privacidad de Community Health Partners

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA O DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

De qué se trata esta notificación y por qué es importante

Esta Notificación es un requisito exigido por la ley, que exige que le demos información de como se protegerá la información sobre su salud, como Community Health Partners puede usar o divulgar la información sobre su salud, y sobre sus derechos relacionados a su información médica. La Notificación se aplica a todas las personas que están empleadas por, o que le hayan suministrado cuidados a través de, nuestra organización. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, por favor entre en contacto con Oficina Privacidad de Community Health Partners, al (559) 724-4400.

Comprendiendo la información sobre su salud

Cada vez que usted visita a un médico, a un proveedor de servicios, o a un hospital, se hace un registro de dicha visita. Generalmente este registro incluye una descripción, de sus síntomas, su historial médico, los resultados de los exámenes y análisis, el diagnóstico, el tratamiento, y el plan para el cuidado de su salud en el futuro. Esta información, a la que con frecuencia se llama "su registro médico", sirve como:

- Una base para la planificación y tratamiento de su atención médica en el futuro
- Una fuente de datos para las investigaciones médicas.
- Un documento legal de los cuidados que usted recibe
- Una fuente de información para las autoridades de salud pública.
- Un modo de comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud que participaron de su cuidado
- Un instrumento con que podemos tener acceso y trabajar para mejorar la calidad del cuidado de la salud que suministramos.
- Un recurso para que usted o una tercera parte que pague por los servicios, (por ej., una compañía aseguradora) puedan verificar si le cobraron correctamente por los servicios que recibió.
- Una fuente de datos para la planificación de instalaciones, marketing, y recaudación de fondos para los servicios de cuidado de la salud.
- Un instrumento de enseñanza para los profesionales de la salud.
- Un instrumento con que podemos tener acceso y trabajar para mejorar la calidad del cuidado de la salud que suministramos.

Entender lo que está en su registro, y cómo se usa la información sobre su salud, le ayuda a verificar su veracidad, a entender mejor quién, qué, cuándo, adónde, y por qué, otras personas pueden acceder a la información sobre su salud y a tomar decisiones mas informadas cuando autorice a otras personas a que usen o divulguen su información médica.

Sus derechos sobre la información sobre su salud

Usted tiene los siguientes derechos, con relación a sus registros médicos y de facturación mantenidos por Community Health Partners:

A obtener una copia de esta notificación. Usted recibirá una copia de esta notificación durante su primera visita, posterior a la fecha en que la misma haya sido publicada. Después de esto puede pedir una copia de esta notificación o de su revisión, desde nuestra pagina <https://www.communitymedical.org/Privacy>, o llamando al Departamento de Información de Salud (Health Information Department) al (559) 459-3925.

A que solicitemos su autorización antes de usar la información sobre su salud. Antes de usar o divulgar la información sobre su salud, excepto en las circunstancias que describimos a seguir, obtendremos su autorización escrita, que usted puede revocar a cualquier momento para impedir la divulgación o uso el futuro. Además, su autorización es necesaria para la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda); usos y divulgaciones de su información médica para fines de mercadeo; y divulgaciones que constituyen una venta de su información médica.

Notificación de las Prácticas de Privacidad de Community Health Partners

A tener acceso a la información sobre su salud. Usted puede solicitar una copia de la información sobre su salud que Community Health Partners mantiene en sus registros médicos o de facturación. Su pedido debe ser hecho por escrito. Nosotros cobramos una suma nominal por los costos de acceder a dicha información.

A modificar la información sobre su salud. Si usted cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede requerir que modifiquemos la información existente o que adicionemos la información que falta. Usted debe presentar su pedido por escrito y puede recoger un formulario para este propósito en el Departamento de Administración de Información de Registros Médicos (Health Information Management (Medical Records) Department). Nosotros nos reservamos el derecho de aceptar o negar su pedido, y le avisaremos sobre nuestra decisión.

A requerir que se dé tratamiento confidencial a las comunicaciones. Usted puede pedir por escrito que cuando nos comuniquemos con usted sobre su salud, lo hagamos de un modo específico (por ej., en una determinada dirección a número de teléfono). Nosotros haremos todo esfuerzo razonable para atender a su pedido.

A que limitemos nuestro uso o divulgación de la información sobre su salud. Usted puede pedir por escrito que restrinjamos el uso o divulgación de la información de su salud, para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, u otro propósito, excepto cuando haya sido específicamente autorizado por usted, cuando tengamos que cumplir una ley, o en una situación de emergencia para prestarle tratamiento. Nosotros consideraremos su pedido y le contrestaremos, pero no estamos legalmente obligados a concordar, si creemos que su solicitud podría interferir con nuestra habilidad de prestarle tratamiento o de cobrar el pago por nuestros servicios. Sin embargo, si usted paga de su bolsillo en su totalidad por un ítem o servicio de cuidado de la salud, entonces usted tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de su información médica a un plan de salud.

A una rendición de cuentas de las divulgaciones. Usted puede pedir una lista de las instancias en que hayamos divulgado su información, por otras razones que no sean para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de la salud. Las divulgaciones que hayamos realizado con su autorización, no contarán de la lista. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses es gratis. Podemos cobrarle por listas adicionales.

Optando por no en Care Everywhere (Cuidado en cualquier lugar) y en Health Information Exchange (Intercambio de Información Médica). Community Health Partners y los médicos afiliados participan en Care Everywhere (CE, por sus siglas en inglés) y en Health Information

Exchange (HIE, por sus siglas en inglés), sistemas electrónicos seguros para los profesionales de la salud para compartir su información médica. Por medio de CE y de HIE, los profesionales participantes podrán acceder a su información según sea necesario para su tratamiento. Usted tiene derecho a escoger que no se divulgue su información a CE y a HIE optando por no participar. Usted no tiene que participar de CE y de HIE para recibir cuidado médico. Su usted escoge optar por no participar de CE y de HIE (eso es, si usted cree que su información no debe ser compartida a través de CE y de HIE), Community Health Partners y los médicos afiliados continuarán utilizando su información médica en conformidad con este Aviso y la ley aplicable, y no la pondrán a disposición de otros profesionales de la salud a través de CE y de HIE. Para optar por no participar de CE y de HIE, favor de solicitar un formulario del Departamento de Administración de Información de Registros Médicos (Health Information Management (Medical Records) Department) de Community Health Partners llamando al (559) 459-3925 y se lo enviarán por correo

A una rendición de cuentas de las divulgaciones. Usted puede pedir una lista de las instancias en que hayamos divulgado su información, por otras razones que no sean para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de la salud. Las divulgaciones que hayamos realizado con su autorización, no contarán de la lista. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses es gratis. Podemos cobrarle por listas adicionales.

Nuestras responsabilidades

La ley requiere que protejamos la privacidad de la información sobre su salud, que establezcamos políticas y procedimientos que gobiernen la conducta de nuestro plantel de empleados y socios comerciales, y que le suministremos esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad. La ley requiere que protejamos la privacidad de la información sobre su salud, que establezcamos políticas y procedimientos que gobiernen la conducta de nuestro plantel de empleados y socios comerciales, y que le suministremos esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad. En el evento que hubiese cualquier violación de la información de salud protegida sin garantía cumpliremos totalmente con los requerimientos de notificación de violación de HIPAA/HITECH, lo cual incluye notificarle a usted de todo impacto que dicha violación pueda haber tenido sobre usted y/o los miembros de su familia, y de las acciones que tomamos para minimizar el impacto que la infracción pueda o podría tener sobre usted.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y procedimientos relacionados a la protección de la información sobre su salud. Cuando realicemos un cambio importante en cómo usamos o divulgamos la información sobre su salud, también cambiaremos esta notificación. La nueva notificación será colocada en carteles colocados en nuestro sitio web, y estará disponible en el escritorio de información, y en nuestros departamentos de registros médicos.

Notificación de las Prácticas de Privacidad de Community Health Partners

Excepto para los propósitos relacionados a su tratamiento, para cobrar por nuestros servicios, para relizar las transacciones comerciales necesarias, o cuando sea permitido o requerido por ley, no usaremos ni divulgaremos la información sobre su salud, sin su autorización.

Usted tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento. No podemos recuperar la información que podamos haber divulgado anteriormente, con su autorización.

Para mas información, a para reportar un problema

Si usted tiene las preguntas, apreciaría que información adicional, o la necesidad solicite un actualizado tímido de esta nota, usted puede avisar el Health Information Department (559) 459-3925 o la Oficina de Privacidad (559) 724-4400.

Si usted cree que no hemos protegido apropiadamente su privacidad, que hemos violado sus derechos a la privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre sus derechos, puede contactar al Oficial de privacidad de Community Health Partners, cuyo nombre aparece en la parte superior de esta notificación de Prácticas de Privacidad. Además usted puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección:

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

Si usted registra una queja, Community Health Partners, se asegurará que usted no sea penalizado, y que el tratamiento que recibe en nuestras facilidades no sea afectado, como consecuencia de dicha queja.

Ejemplos de usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Usaremos la información sobre su salud par facilitar su tratamiento médico.

Por ejemplo: La información obtenida por un enfermero, médico, u otros miembros de su equipo de cuidado de la salud, será anotada en sus registros médicos y usada para determinar el curso de su tratamiento médico. Nosotros proveeremos a su medico, o a otros proveedores de cuidado de la salud que participen de su tratamiento (por ej., especialistas, medicos consultores, anestesilogos, terapeutas, etc.), copias de varios informes que puedan ayudarlos en el tratamiento que le prestan a usted.

Usarmos la información sobre su salud, para cobrar por los servicios de cuidado de la salud que proveemos.

Por ejemplo: Una cuenta puede ser enviada a usted o a su compañía de seguro. La información en o que acompaña la cuenta, puede incluir información que pueda identificarlo, asi como también información sobre su diagnóstico, procedimientos, y materiales usados. En algunos casos la información de sus registros medicos es enviada a su compañía de seguros para explicar la necesidad de, or proveer información adicional, sobre su tratamiento. Además, podemos divulgar información médica a otros proveedores de servicios de cuidado de la salud, para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le suministraron a usted.

Usaremos la información sobre su salud, para facilitar las operaciones rutinarias de cuidado de la salud.

Por ejemplo: Los miembros de nuestro personal médico o de los equipos de mejora de calidad de los servicios que suministramos, pueden usar la información de sus registros para evaluar el cuidado que usted recibió y comparar su progreso con el de otros pacientes.

Usaremos la información sobre su salud, para ayudar a educar a nuestro personal médico, residentes y estudiantes.

Por ejemplo: Community Health Partners está asociado con una variedad de escuelas involucradas en la enseñanza de profesionales de la salud. Todo el personal, residentes y estudiantes de esta institución deben firmar un acuerdo de confidencialidad, antes de tener acceso a cualquier información de salud de los registros mantenidos por los entro Community Health Partners.

Usaremos la información sobre su salud, para notificar a sus familiars y amigos sobre su condición, o en caso de su fallecimiento.

Por ejemplo: Podemos usar o divulgar información para avisar, o ayudar a avisar, a un familiar, representante personal, o a otra persona responsable por su cuidado, sobre su estado general. Los profesionales de la salud, usando su mejor juzgamiento, pueden divulgar a un miembro de su familia, a otro familiar, amigo próximo, o a otra persona que usted identifique, importante información sobre su salud, para facilitar la habilidad de esta persona para cuidar de usted o para hacer arreglos para el pago de su cuidado.

Usaremos la información sobre su salud, para informar a las personas sobre su fallecimiento.

Por ejemplo: Podemos divulgar información médica a los directores de casa funerarias, médicos forenses, y examinadores médicos, de conformidad con las leyes aplicables, para que cumplan con sus obligaciones.

Ejemplos de usos y divulgaciones para otros propósitos

Recordatorios de citas: Podemos entrar en contacto con usted para darle recordatorios de citas.

Tratamientos alternativos: Podemos usar su información médica para suministrarle información sobre la disponibilidad de otros tratamientos alternativos, que estén dentro del rango de opciones para su condición.

Recaudación de fondos: Somos una organización sin fines de lucro, basada en la comunidad, que depende extensivamente en el apoyo de caridades. Podemos divulgar a nuestra organización recaudadora de fondos, información limitada sobre usted, como por ejemplo, su nombre, dirección, información demográfica, y las fechas en que usted recibió tratamiento, para que puedan informarle de las oportunidades para ayudar en los servicios y programas Community Health Partners. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

Estudios de investigación: Podemos entrar en contacto con usted para solicitar su participación en un estudio de investigación autorizado. En algunos casos, podemos divulgar la información sobre su salud a los investigadores del proyecto, cuando una revisión institucional o junta de privacidad ha aprobado dicho estudio de investigación. Antes de dar cualquier información, se establezcan procedimientos específicos, para proteger la privacidad de su información.

Hoja de registro de admisión: Podemos usar y divulgar su información médica cuando le pedimos que complete un formulario de registro de admisión, cuando usted llega a nuestra instalación. Además, podemos llamarlo por su nombre, cuando lo llamemos para ser atendido.

Seguro de compensación del trabajador: Nosotros le revela su información de la salud a su empleador y portadores de compensación de trabajadores como autorizado por leyes que relacionan a la compensación de trabajadores u otros programas semejantes establecidos por la ley.

Conforme lo exija la ley: Usaremos y divulgaremos su información médica para cumplir con leyes federales y estatales, que incluyen reportar abuso, negligencia, o violencia doméstica, responder a procedimientos judiciales o administrativos, cumplir con las auditorías, obedecer a los oficiales encargados del cumplimiento de la ley, reportar riesgos para la salud y la seguridad, reportar a las autoridades de salud pública u a otras agencias federales.

Organizaciones de obtención de órganos. Si usted es un donador de órganos o tejidos, podemos divulgar su estado de donador y estado de salud a las organizaciones involucradas en la obtención, depósito o trasplante de órganos, conforme a las leyes que se apliquen.

Administración de alimentos y bebidas (FDA, por sus siglas en inglés): Podemos divulgar al FDA información sobre su salud relacionada a efectos adversos que haya tenido con respecto a alimentos, suplementos nutricionales, productos y productos con defectos, información sobre vigilancia post-marketing, para permitir la retirada, reparo, o sustitución de los antes mencionados.

Fabricantes de dispositivos: Si usted recibe un dispositivo médico que se le implanta o es usado para soportar sus funciones vitales, podemos divulgar su nombre, dirección, y otra información conforme lo requiera la ley, al fabricante de dicho dispositivo, para propósitos de seguimiento. Usted puede negarse a autorizar la divulgación de su nombre e información para contacto.

Socios comerciales: Algunos servicios en nuestra organización son proveídos a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen ciertos análisis de laboratorio, encuestas de satisfacción del paciente, y el servicio de copias que usamos cuando hacemos copias de su registro de salud. Cuando estos servicios son proveídos por socios comerciales contratados, podemos divulgar a los mismos las partes necesarias de la información sobre su salud, puedan ejecutar el trabajo que le solicitamos. Sin embargo, para proteger la información sobre su salud requerimos que todos nuestros socios legales firmen un contrato de confidencialidad, verificando que protejan apropiadamente su información.

Funciones gubernamentales especializadas: Podemos divulgar información sobre su salud para propósitos militares o de seguridad nacional, a instituciones correccionales o a oficiales encargados de la ejecución de la ley, bajo cuya custodia legal se encuentre usted.