



MRN No. _____

PAQUETE DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

Identificación y reconocimiento de responsabilidad financiera del paciente

Nombre del cliente (Apellido, nombre, segundo nombre):

Fecha de nacimiento: _____ (Marque uno) ____ Masculino ____ Femenino

Raza (marque uno) ____ Indio americano ____ Nativo de Alaska ____ Asiático ____ Afroamericano
____ Nativo de Hawaii ____ Caucásico

Etnia (marque uno) ____ Hispano o Latino ____ No Hispano o Latino ____ Rechazar

Idioma(s): _____

Dirección: _____
Dirección de la calle Dpt # (si aplica) Ciudad Estado Zip

Teléfono: _____ Padre/Tutor Legal (si aplica) _____

Nombre de la farmacia: _____ Número de la farmacia:

Dirección de la farmacia:

_____ Dirección de la calle Ciudad Estado
Zip

En caso de una emergencia médica o cualquier otra emergencia, nombre a dos contactos a continuación:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación

Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación

Si el paciente tiene menos de dieciocho (18) años, ponga los nombres de las personas a quienes el niño puede ser entregado: (Si los nombres están presentes, pida un formulario de alta para llenarlo y firmarlo).

Nombre	Relación	Nombre	Relación
--------	----------	--------	----------

Nombre	Relación	Nombre	Relación
--------	----------	--------	----------

Si el paciente tiene más de dieciocho (18) años, ¿el paciente tiene una directiva anticipada? ____ Sí ____ No

Si es así, brinde una copia a nuestra oficina. Si no es así, ¿le gustaría recibir información acerca de las directivas anticipadas?
____ S ____ N

Certifico que esta información es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del Paciente/

Padre/Tutor

Médico de Atención Primaria (Si es diferente) - Nombre, dirección y número de teléfono	
--	--

¿Tiene alguna creencia o cultura religiosa que pueda afectar la atención médica? ☐ Sí ☐ No Si es así, descríballo:

Los métodos para aprender el nuevo material que mejor me gusta son:

☐ Instrucción oral ☐ Instrucción escrita ☐ Visual (imágenes, videos etc.) ☐ Volantes

Nivel de Educación Completado:

☐ <6° Grado ☐ 6° - 8° Grado ☐ 9° Grado ☐ 12° Grado ☐ 1-4 años de universidad ☐ > 4 años de universidad

Información del Seguro Principal:			
Nombre de la Compañía de Seguros Principal:	Número de Identificación	Número de Grupo	
Dirección del Seguro Principal	Ciudad	Estado	Código Zip
Nombre del Titular (Si es diferente al del Paciente)	Número de teléfono del titular	Relación con el paciente	
N° de seguro social del titular	Fecha de nacimiento del titular	Relación con el paciente	
Empleador del titular	Teléfono de Casa	N° de celular	

¿Hay una compañía de seguros secundaria? ☐ Sí ☐ No Si es así, brinde información adicional al personal.

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera - Coloque sus iniciales en cada párrafo.

____ Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados por DMG. Entiendo que el pago de los cargos incurridos debe realizarse al momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros definitivos previos al tratamiento, acepto pagar todos los honorarios razonables por concepto de abogado y los costos de recaudación en caso de incumplimiento del pago de mis cargos. Además, autorizo y solicito que los pagos del seguro sean directamente hechos a DMG.

____ Comprendo que DMG verifica mis beneficios de salud a través de mi seguro como cortesía hacia mi. Además entiendo que es mi responsabilidad garantizar que se cubran los servicios y/o cuáles son mis exactos beneficios. DMG me asistirá en este proceso de la mejor manera posible. Comprendo que seré el único responsable por el pago de todos los servicios prestados. Comprendo que cualquier copago, deducible o cualquier otro pago de saldos pendientes se debe realizar antes que los servicios sean prestados. Comprendo que es mi responsabilidad poner a DMG al tanto de cualquier cambio del seguro.



MRN No. _____

_____ Comprendo que el seguro de salud es un contrato entre yo y la compañía de seguros y/o mi empleador, no DMG. En caso que haya alguna disputa sobre la cobertura de beneficios, entiendo que necesito contactarme con mi compañía de seguros.

_____ He leído y entendido en su totalidad la responsabilidad financiera y la autorización del seguro mencionadas líneas arriba.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre en letra imprenta del Paciente/Padre/Tutor Legal

Consentimiento para el Propósito de Información, Pago y Operaciones de Atención médica

Doy consentimiento a District Media Group DMG de usar y divulgar la Información médica Protegida de

Nombre del Paciente en letra Imprenta
con el propósito de diagnosticar, brindar tratamiento, obtener el pago de los recibos de atención médica o realizar operaciones de atención médica de la clínica de DMG. Comprendo que el diagnóstico o tratamiento por los proveedores de la clínica de DMG pueden estar condicionados por el consentimiento según se evidencia por la firma y las iniciales autorizantes en este documento.

_____ Al colocar mis iniciales y firmar este formulario de consentimiento estoy de acuerdo en que esta clínica de DMG pueda solicitar y usar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o contribuyentes terceros de beneficios de farmacia para propósitos de tratamiento.

_____ Comprendo que toda la información reunida en el curso de mi tratamiento es confidencial. Sin embargo, la información confidencial se puede divulgar sin mi consentimiento según las leyes del estado y leyes federales. Ejemplos de dichas divulgaciones incluyen casos de emergencia médica, situaciones de emergencia que involucra una amenaza grave e inminente a una persona o al público; el reporte de abuso infantil o a un adulto o incumplir divulgaciones ordenadas por la corte. Comprendo que la información de mi tratamiento puede ser discutida por otros miembros de mi equipo clínico y otros profesionales en las clínicas de DMG.

_____ Comprendo que tengo el derecho de solicitar una restricción para la forma en que se usa o se divulga la información médica protegida se usa o divulga para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica de la práctica clínica de DMG y que la práctica clínica de DMG no está obligada a aceptar esta restricción. Sin embargo si la clínica de DMG acepta la restricción que solicito, la restricción será vinculante a la clínica de DMG. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento, salvo en la medida que la clínica de DMG ya ha tomado acción en base a este consentimiento.

_____ Mi "Información Médica Protegida" significa información médica que incluye información demográfica reunida de mí y creada o recibida por el proveedor de DMG, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o una agencia de protección de datos de atención médica. Esta información médica protegida se relaciona con la salud o condición física o mental del pasado, presente y futuro e información identificatoria, o hay una base razonable para creer que la información pueda identificar personalmente el paciente nombrado anteriormente.

_____ Comprendo que tengo el derecho de revisar la Notificación de Prácticas Privadas de la clínica de DMG antes de firmar este documento. Se me ha proporcionado la Notificación de Prácticas Privadas de la clínica DMG. La Notificación de Prácticas Privadas describe los tipos de usos y divulgaciones de información médica protegida que ocurrirá en tratamiento, pagos de recibos o en el rendimiento de operaciones de atención médica en la clínica de DMG. Esta notificación de Prácticas Privadas también describe los derechos del cliente y los deberes de la Clínica de DMG con respecto a la información médica protegida.

_____ El intercambio de información médica electrónica (HIE, por sus siglas en inglés) permite a los doctores, enfermeras, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica y pacientes a acceder apropiadamente y compartir con seguridad la información médica vital del paciente de modo electrónico, mejorando la velocidad, calidad, seguridad y costo de atención del paciente. Sin embargo, usted tiene derecho a "Excluirse" o rehusarse a ser parte de un HIE. Excluirse _____ Sí _____ NO
coloque sus iniciales en su elección.



MRN No. _____

____ La Clínica de DMG se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en la Notificación de Prácticas Privadas. Puedo obtener una Notificación de Prácticas Privadas revisada al llamar a la oficina o solicitar que se envíe una copia revisada por correo o pedir una en el momento de mi próxima cita.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre en letra imprenta del Paciente/Padre/Tutor Legal

Registro de Divulgaciones del Paciente

En general, la regla de privacidad del HIPAA otorga a los individuos el derecho de solicitar una restricción sobre el uso y divulgación de su información médica protegida (PHI). También se otorga al individuo el derecho de solicitar una comunicación confidencial o que una comunicación del PHI se haga por medios alternativos tales como enviar correspondencia a la oficina del individuo en vez de a la casa del individuo.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (seleccione todo lo que aplique):

Teléfono de casa/Celular: _____

____ Está bien dejar mensaje con información detallada

____ Solo dejar mensaje con número para devolver llamada

____ Rechazar mensajes por teléfono personal

Número de teléfono de trabajo: _____ Fax del trabajo: _____

____ Está bien mandar fax a este número

____ Está bien dejar mensaje con información detallada

____ Solo dejar mensaje con número para devolver llamada

____ Rechazar mensajes por teléfono de trabajo

Comunicación escrita:

Correo electrónico: _____

____ Está bien enviar correo electrónico detallado a esta dirección

____ Está bien enviar correo a la dirección de mi oficina/casa

____ Está bien enviar correo a la dirección de mi casa

Representante del Paciente a quien se le puede dar información:

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nac.: _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Nombre en letra imprenta



MRN No. _____



MRN No. _____

Hoja de Información de Familia/Paciente CRS

El trabajo Social está disponible para pacientes y familiares CRS.

La información en esta hoja nos ayudará a servir mejor a su familia.

Complete con bolígrafo

Nombre de la persona que llena este formulario: _____ Firma: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de hoy: _____

¿Cual es la condición médica o enfermedad del paciente? _____

Información del proveedor médico (Proveedor de atención primaria del paciente).

Nombre	Dirección	Número de teléfono:

Toma de decisión de la familia/tutor

¿Quién vive en casa con el paciente?

Nombre	Relación con el paciente	Edad

¿Hay algún padre que no vive en la casa? ____Sí ____No

Si es así, ¿cual es su nombre? _____

¿El niño tiene visitas con este padre? ____Sí ____No

¿Cuán seguido visita al paciente? _____

¿El padre trae al paciente a las citas en CRS? ____Sí ____No

¿Alguien que no es el padre o tutor legal trae a su hijo a la clínica? ____Sí* ____No

*****Si es así, complete la autorización para consentir el tratamiento médico del niño. Página 8*****

Nombre de la persona que toma decisiones médicas/legales por el paciente _____

Seguridad y Apoyo

¿Le teme a alguien que vive adentro o afuera de su casa? ____Sí ____No

¿Su hijo tiene un problema de conducta por el cual no está recibiendo ayuda? ____Sí ____No

¿De quién recibe su hijo ayuda sobre los problemas de conducta? _____



MRN No. _____

****Si tiene alguna inquietud de cómo su hijo está creciendo o desarrollándose, hable con el doctor que ve actualmente****

¿Cómo llega a sus citas en el CRS? Encierre en un círculo todo lo que aplique

Auto personal

Taxi AHCCCS

Bus/Riel ligero

Amigos/Familia

Llamar un transporte

Recursos de la Comunidad

¿Su familia o hijo recibe algo de lo siguiente? Encierre en un círculo todo lo que aplique

Servicios	Sí	No	Ha solicitado
Especialista de Desarrollo PT OT ST AzEIP (Programa de Intervención Temprana de Arizona)			
Habilitación de Cuidados paliativos PT OT ST DDD (División de Discapacidades de Desarrollo)			
WIC (Programa de Alimentación para Mujeres, Infantes y Niños)			
Vales de Comida/SNAP			
Asistencia en efectivo / TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)			
SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)			
Otro:			
Comentarios:			

Educación

¿Su hijo aún va a la escuela? _____ Sí _____ No

Nombre de la escuela	Grado

¿Su hijo tiene un IEP? (Plan de Educación Individualizada) o plan 504 _____ Sí _____ No

Encierre en un círculo todos los servicios que el niño recibe en la escuela:

Clases regulares Educación Especial Recursos Escuela en casa/Escuela en línea/Instrucción en casa

Terapia Física (PT) Terapia Ocupacional (OT) Terapia del Habla (ST)



MRN No. _____

CRS tiene trabajadores sociales. Puede comunicarse con ellos llamando al centro de llamadas de CRS y preguntar por el trabajador social que se encuentre de turno en el día.

¿Desea hablar con un Trabajador Social hoy? _____ Sí _____ No

Si es así, ¿cual es su preocupación? _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR SU CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR

Yo _____

Madre/Padre _____

Nombre de Padre/Guardian Legal

Nombre de Nina/Nino

Soy el padre o tutor legal del paciente CRS arriba mencionado . Por diversas razones , puede haber ocasiones en las que no voy a poder acompañar personalmente niño nombrado arriba sus citas . Los adultos se mencionados abajo son 18 años de edad o más y están autorizados para hablar sobre las necesidades de atención y tratamiento con personal de la clínica adecuada y están autorizadas por mí para dar su consentimiento para la realización de sólo los procedimientos de rutina como de laboratorio y rayos x . Entiendo que estos individuos deben tener conocimiento del diagnóstico y el tratamiento de mi niño(a) para que la atención puede ser discutido con los médicos . Si estas personas no pueden proporcionar una historia adecuada según sea necesario por el médico entonces entiendo que la cita puede ser reprogramada . **He leído y entendido y acepta los términos.** _____ (inicial)

Hacer aquí por autorizar y designar (en letra de imprenta)

Nombre _____ Relación _____ Número de contacto _____

Nombre _____ Relación _____ Número de contacto _____

Nombre _____ Relación _____ Número de contacto _____



MRN No. _____

AUTOMÁTICO DURACIÓN DE UN AÑO . Esta autorización expirará automáticamente después de un (1) año desde la fecha de ejecución a menos que se especifique una fecha de finalización diferente o evento por debajo.

Fecha de finalización _____ O Nombre del
evento _____

COPIA RECIBIDA. Reconozco el recibo de una copia firmada de esta autorizacion _____ (inicial)

Cualquier pregunta o duda sobre esta autorización pueden contactar me en:

(Por favor, seleccione el método preferido)

Teléfono de la casa () _____

Teléfono de trabajo() _____

Teléfono de celular() _____

Firma del padre / tutor legal _____

Fecha _____

CRS Personal Testigo _____

Fecha _____



MRN No. _____
Notario Público

Este documento puede ser tomado de la clínica de CRS .

Este documento debe ser notariado si no firmado en presencia de un miembro del personal de CRS

Notario

Fecha

Consentimiento General para Tratamiento **Coloque sus iniciales en cada párrafo**

_____ Consentimiento general: Declaro estar de acuerdo en recibir atención médica en este establecimiento. Por medio del presente autorizo a que el médico, el personal clínico y los empleados técnicos asignados a mi atención me brinden tratamientos médicos. Autorizo que mis proveedores tratantes ordenen los servicios auxiliares que sean necesarios para mi atención y tratamiento.

_____ Comprendo que tengo el derecho y la oportunidad de conversar sobre planes alternativos de tratamiento con mi médico o con otros proveedores de atención médica y a hacer preguntas; asimismo declaro que todas mis preguntas e inquietudes fueron respondidas satisfactoriamente.

_____ En caso que un trabajador de atención médica quede expuesto a mi sangre o fluidos corporales de alguna forma que pueda transmitir el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el virus de hepatitis B o C, acepto que se analice mi sangre o fluidos corporales para descartar estas infecciones y que se informe sobre los resultados de dichas pruebas al trabajador de atención médica que se expuso, tal como lo dispone la ley de Arizona.

_____ Comprendo que District Medical Group utiliza un sistema electrónico de registros médicos. Comprendo que este sistema se mantiene según las normas HIPAA y otros reglamentos sobre la privacidad del paciente y administración de información médica. Comprendo que mis proveedores de atención médica tendrán acceso a mi información médica durante el transcurso de toda mi atención.

_____ Comprendo que District Medical Group utiliza un mecanismo electrónico de recetas médicas para transmitir las a las farmacias locales y a las de entrega por correo postal.



MRN No. _____

____ Autorizo que cualquier farmacia o agencia de control de medicamentos divulgue mi historial de medicamentos a mi médico o proveedor.

Al firmar este documento acepto que las fotocopias de este documento tienen el mismo efecto legal que el original.

He leído, comprendo y declaro estar de acuerdo con lo señalado anteriormente.

Firma del Paciente o Tutor

Nombre en letra imprenta

Relación con el Paciente

Fecha

PRIVACIDAD Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nuestra notificación de Prácticas de Privacidad brinda información acerca de cómo podemos usar y divulgar su información médica personal. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia de nuestro uso y un formulario de divulgación.

Firma del Paciente o Tutor

Nombre en letra imprenta

Relación con el paciente

Fecha

DISTRICT MEDICAL GROUP NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON DETENIMIENTO.

Esta Notificación de Prácticas Privadas describe cómo la clínica de DMG puede usar y divulgar su información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por ley. Esta notificación también describe sus derechos con respecto a su información médica.

1. CÓMO USAREMOS Y DIVULGAREMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA

Su información médica puede ser usada y divulgada por su proveedor, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su atención y tratamiento con el propósito de brindar servicios de atención médica para usted. Su información médica también puede ser usada y divulgada para pagar sus recibos de atención médica y para apoyar la operación de la práctica de su proveedor.

A continuación se presentan ejemplos de los tipos de uso y divulgaciones de su información médica que la oficina de su proveedor tiene permitido hacer. Estos ejemplos no son exhaustivos pero describen los tipos de usos y divulgaciones que nuestra oficina puede hacer.

Tratamiento: Podemos usar o divulgar nuestra información médica para proveer, coordinar o manejar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con otro proveedor. También podemos divulgar información médica a otros médicos o proveedores que pueden estar tratándolo. Por ejemplo, su información médica puede ser otorgada a un médico a quien usted ha sido referido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo. Además, podemos divulgar su información médica de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (por ejemplo, un especialista o un laboratorio) quien, a solicitud de su proveedor, se involucra en su atención asistiendo a su médico o proveedor con el diagnóstico o tratamiento de su salud.

Pago: Podemos usar o divulgar su información médica con la finalidad de obtener el pago para su servicio de atención médica proporcionado por nosotros u otros proveedores. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro puede asumir antes

que apruebe o pague los servicios de atención que recomendamos para usted como: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro, revisar los servicios brindados a usted para sus necesidades médicas y asumir actividades de revisión de uso. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información médica relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar su información médica para mejorar la calidad de atención brindada a paciente o para apoyar las actividades comerciales de la oficina. Su información médica puede ser usada para conducir actividades que mejoren la calidad, para obtener auditorías, servicios de contabilidad o legales, o dirigir la administración o el planeamiento comercial. Compartiremos su información médica con “Asociados Comerciales” terceros que realizan varias actividades (por ejemplo, servicios de facturación o transcripción) y para nuestra oficina. En cualquier momento que un arreglo entre nuestra oficina y un asociado comercial involucra el uso o divulgación de su información médica habrá un contrato por escrito que contenga los términos que protegerán la privacidad de su información médica.

Miembros de la familia, amigos y otros involucrados en su atención: Podemos divulgar su información médica a un miembro de su familia o amigos que estén involucrados en su atención médica o a alguien que ayude a pagar su atención. Podemos usar o divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su atención, acerca de su ubicación, condición general o muerte. Podemos usar o divulgar su información médica a un público autorizado o entidad privada para asistir en los esfuerzos de alivio de desastre y para coordinar los usos y divulgaciones a la familia u otros individuos involucrados en su atención médica.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información médica en la medida en que el uso o divulgación sea requerido por ley. El uso o divulgación se llevará a cabo en cumplimiento con la ley y estará limitado a los requerimientos relevantes a la ley. Usted será notificado, si la ley lo solicita, de cualquier uso o divulgación como tal.

Salud Pública: Podemos divulgar su información médica por actividades y con propósitos de salud pública a una autoridad de la salud pública a quien la ley le permita recolectar o recibir la información. Por ejemplo, se puede hacer una divulgación con el propósito de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o incapacidad.

Enfermedades transmisibles: Podemos divulgar su información médica, si la ley lo autoriza, a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que de otro modo pueda estar en riesgo de contacto o esparcimiento de la enfermedad o condición.

Supervisión de la salud: Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias de gobierno que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios del gobierno, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

Abuso o Negligencia: Podemos divulgar su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recibir reportes de abuso infantil o negligencia. Además, podemos divulgar su información médica si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad del gobierno o agencia autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación será consistente con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

Administración de Medicamentos y Alimentación: Podemos divulgar su información médica a una persona o compañía requerida por la Administración de Medicamentos y Alimentos con propósitos de calidad, seguridad o efectividad de los productos regulados por la FDA o actividades que incluyen reportar eventos adversos, defectos o problemas con productos, desviaciones de productos biológicos, seguir productos; hacer reparaciones o reemplazos o llevar a cabo la supervisión posterior al marketing según sea requerido.

Procedimientos Legales: Podemos divulgar información médica en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de la corte o tribunal administrativo (dentro del alcance que dicha divulgación se encuentre expresamente autorizada) o en ciertas condiciones en respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal.

Cumplimiento de la Ley: También podemos divulgar información médica, hasta donde se cumplan con los requisitos legales aplicables, con el propósito de cumplir la ley. Estos propósitos de cumplimiento de la ley incluyen (1) Procesos legales y de otro modo requeridos por la ley, (2) solicitudes de información limitada con propósitos de identificación y ubicación, (3) concerniente a

las víctimas de un crimen, (4) sospecha en que la muerte ocurrió como resultado de un acto criminal, (5) en caso que ocurra un crimen en las instalaciones de nuestra práctica, y (6) emergencia médica (no en las instalaciones de nuestra práctica) y existe la probabilidad que haya ocurrido un crimen.

Forenses, Directores funerarios y Donación de órganos: Podemos divulgar información médica a un forense o examinador médico con el propósito de identificar, determinar la causa de la muerte o para que el forense o examinador médico realice otras actividades autorizadas por la ley. También podemos divulgar información médica a un director funerario, según sea autorizado por la ley, con la finalidad de permitir que el director funerario lleve a cabo su deber. Podemos divulgar dicha información en anticipación razonable de muerte. La información médica se puede usar y divulgar con propósitos de donación de tejidos, ojos y órganos de cadáveres.

Investigación: Podemos divulgar su información médica a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de información médica.

Actividad criminal: Consistentes con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información médica si creemos que el uso o divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información médica si es necesario para que las autoridades que hacen cumplir la ley identifiquen o capturen a un individuo.

Actividad militar y Seguridad nacional: Cuando se aplican las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar la información médica de individuos que pertenecen al personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades consideradas necesarias por autoridades apropiadas del comando militar; (2) para el propósito de que el Departamento de Asuntos de Veteranos determine nuestra elegibilidad para los beneficios, o (3) para la autoridad militar extranjera si usted es miembro de dichas fuerzas militares extranjeras. También podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados que realizan actividades de inteligencia y seguridad nacional, incluyendo la provisión de servicios de protección para el Presidente u otros legalmente autorizados.

Compensación del Trabajador: Podemos divulgar su información médica según se autorice para cumplir con las leyes de compensación del trabajador y otros programas similares legalmente establecidos.

Reclusos: Podemos usar o divulgar su información médica si es un recluso de un establecimiento correccional y si su médico creó o recibió su información médica al momento de brindarle atención a usted.

2. OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Pediremos su autorización por escrito si planeamos usar o divulgar su información médica por razones no cubiertas en esta Notificación. Usted tiene el derecho de revocar la autorización en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Sírvase entender que no podemos retirar ninguna divulgación ya realizada bajo su autorización.

3. SUS DERECHOS

- i. **Derecho a esta Notificación:** Puede solicitarnos una copia impresa de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.
- ii. **Derecho a solicitar su información médica:** Puede solicitar acceso a su información médica que tenemos en nuestros registros. Puede conseguir su registro médico que contienen datos médicos y recibos y cualquier otro registro que su médico y la práctica usen para tomar decisiones acerca de usted. Según lo permita la ley federal o estatal, podemos cobrarle por una tarifa de copia razonable por una copia de sus registros.
- iii. **Derecho a solicitar una enmienda a su información médica:** Puede solicitar una enmienda a su información médica que usted crea incorrecta o incompleta. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud para una enmienda. Si denegamos su solicitud para la enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación para su declaración y le proveeremos una copia de cualquier refutación.
- iv. **Derecho a solicitar una restricción de su información médica:** Usted puede solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos acerca de usted para tratamiento, pago u

operaciones de atención médica. También puede solicitar un límite en la información médica que divulgamus acerca de usted a alguien que esté involucrado en su atención o pago de su atención. No se requiere que aceptemos una restricción que usted pueda solicitar. Si aceptamos la restricción solicitada, no podremos usar o divulgar su información médica en violación a la restricción a menos que sea necesario brindar un tratamiento de emergencia.

Usted puede solicitar que un artículo o servicio de atención médica no sea divulgado a su plan de salud para propósitos de pago u operaciones de atención médica. Se no requiere que honremos su solicitud si el artículo o servicio es pagado por su propia cuenta y en su totalidad. Esta restricción no se aplica al uso o divulgación de su información médica relacionada a su tratamiento.

- v. **Derecho a solicitarnos una comunicación confidencial por medios alternativos o a una ubicación alternativa.** Puede solicitar que nos comuniquemos con usted en una manera que sea más confidencial. También condicionaremos esta facilidad al pedirle información de cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le solicitaremos una explicación de base para su solicitud.

Con la finalidad de ejercer cualquiera de sus derechos descritos anteriormente, comuníquese con el gerente de oficina para obtener los formularios necesarios.

4. **CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN**

Nos reservamos el derecho de enmendar los términos de esta Notificación. Si se enmienda esta Notificación, los términos enmendados se aplicarán a toda la información médica que mantenemos en este momento. Usted puede solicitar una copia de la versión revisada llamando a la oficina y solicitando que se envíe una copia para usted por correo o pidiendo una copia al momento de su próxima visita.

5. **PREGUNTAS O INQUIETUDES**

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestras prácticas de privacidad o de cualquier información contenida en esta Notificación de Prácticas de Privacidad, o desea registrar una queja relacionada con nuestras prácticas de privacidad, envíe su queja por escrito al Funcionario de Privacidad a:

District Medical Group
Oficina de Cumplimiento Corporativo
2929 E. Thomas Rd.
Phoenix, AZ 85016

También puede presentar una copia por escrito a la Secretaría de Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos a:

Office for Civil Rights
US Department of Health and Human Services
90 7th Street, suite 4-100
San Francisco, AZ 941-03
Attn: OCR Regional Manager

No haremos que renuncie a su derecho de presentar una queja al HHS como una condición de recibir nuestra atención, ni lo penalizaremos por presentar una queja al HHS.

Esta notificación fue publicada y entra en vigor el 01/01/2013.

DERECHOS DEL PACIENTE

1. Ser tratado con consideración, respecto y dignidad.
2. No ser discriminado en base a su raza, nacionalidad, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.

3. Recibir tratamiento que apoye o respete la individualidad, elecciones, fortalezas y habilidades del paciente.
4. Recibir privacidad en el tratamiento y atención de necesidades personales.
5. Revisar, con solicitud por escrito, el propio registro médico del paciente según los Estatutos Revisados de Arizona 12-229, 12-2294, y 12-2294.01.
6. Recibir una referencia a otra institución de atención médica si el centro de tratamiento del paciente ambulatorio no puede brindar servicios médicos físicos o servicios médicos del comportamiento para el paciente.
7. Participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o en las decisiones concernientes al tratamiento.
8. Participar o rehusarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales, y
9. Recibir asistencia de un miembro de la familia, representante u otro individuo par comprender, proteger o ejercitar los derechos del paciente.
10. Enviar quejas o reclamos a los miembros del personal de la clínica, o a entidades externas o a otros individuos sin restricción ni represalia.
11. Hacer reclamos que sean considerados justos, oportunos e imparciales.
12. Recibir, al ser dado de alta o transferido, recomendaciones para el tratamiento.