



MRN No. _____

PAQUETE DE INGRESO 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 una) Indígena estadounidense Nativo de Alaska Asiático Afroamericano
 Nativo de Hawaii Caucásico

Etnia: (marque una) Hispano o Latino No Hispano o Latino Rechazar

Idioma(s): _____

Dirección: _____
Dirección de la calle # de apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Padre, madre o tutor legal: (si corresponde) _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____
Dirección de la calle Ciudad Estado Código postal

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

Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación

Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación

Si el paciente es menor de dieciocho (18) años, escriba los nombres de las personas que pueden llevarse a su niño:
(Si los nombres ya están presentes en el sistema, pida un formulario de autorización para llenarlo y firmarlo).

Nombre Relación Nombre Relación

Nombre Relación Nombre Relación

Si el paciente es mayor de dieciocho (18) años, ¿tiene directrices anticipadas?
 Sí No

Si ya las tiene, brinde una copia a nuestra oficina. Si no, ¿le gustaría recibir información sobre directrices anticipadas? Si No

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

Firma del Paciente, padre o tutor legal

Pediatra o 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 respondió que si, descríbala:

Mis métodos preferidos para aprender material nuevo son:

Instrucción oral Instrucción escrita Imágenes visuales o videos, etc. Volantes

Su nivel educativo es:

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

Información de su seguro de salud:			
Nombre de la compañía de seguro médico:	Número de identificación	Número de grupo	
Dirección de su compañía de seguro	Ciudad	Estado	Código postal
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	

¿Tiene una segunda póliza de seguro de salud? Sí No

Si su respuesta es sí, brinde información adicional al personal.

Acuerdo de responsabilidad financiera – Coloque sus iniciales en cada párrafo.

Asumo la responsabilidad financiera total de todos 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 hechos directamente a DMG.

Entiendo que la verificación de mis prestaciones médicas por parte del seguro es solo una cortesía hacia mi persona. Además entiendo que es mi responsabilidad garantizar que mi seguro médico cubra los servicios recibidos en este lugar y el saber cuáles son mis prestaciones exactas. 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 de que se me dé algún servicio. Comprendo que es mi responsabilidad poner a DMG al tanto de cualquier cambio de la cobertura del seguro médico.

Entiendo que el seguro de salud es un contrato entre la compañía de seguro y mi persona o mi empleador, pero no DMG. Entiendo que si hay alguna disputa sobre la cobertura de mis prestaciones médicas, entiendo que necesito contactar a mi compañía de seguro.

He leído y entiendo a totalidad la responsabilidad financiera y la autorización del seguro mencionadas en las líneas de arriba.

Firma del Paciente, del padre, la madre de familia o del tutor legal

Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta, del padre o de la madre de familia o del tutor legal



MRN No. _____

Consentimiento sobre el propósito de información, pago y operaciones de atención médica

Autorizo el uso y dar a conocer la Información médica confidencial de _____

Nombre del paciente en letra de 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 DMG. Entiendo que cualquier diagnóstico o tratamiento proporcionado por los proveedores de la clínica DMG están sujetos a la autorización del participante, presente en este documento por medio de su firma e iniciales.

_____ Al colocar mis iniciales y firmar este formulario de consentimiento autorizo a que la clínica DMG solicite y use mi historial de medicamentos recetados por otros proveedores de atención médica, así como mi información de pago y prestaciones de farmacia provenientes de terceros, con propósitos de tratamiento médico.

_____ Entiendo que toda mi información personal recolectada en el transcurso de mi tratamiento es privada y confidencial. Sin embargo, mi información privada y confidencial puede darse a conocer sin mi consentimiento, de acuerdo a leyes estatales y federales; por ejemplo en caso de urgencia médica, situaciones que conlleven una amenaza grave o pongan en riesgo el bienestar del paciente o del público; debido a la denuncia de negligencia o abuso infantil o negligencia y abuso de un adulto; o debido a una orden judicial. Entiendo que la información sobre mi tratamiento puede discutirse por otros miembros del equipo de doctores y otros profesionales de la clínica DMG.

_____ Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a la forma en que se dé a conocer mi información médica confidencial para llevar a cabo mi tratamiento, pago u operaciones clínicas de DMG y que DMG no está obligada a aceptar esta restricción. No obstante, si la clínica DMG acepta la restricción que solicito, DMG se verá obligada a cumplirla. Tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito en cualquier momento, salvo en la medida que la clínica DMG haya tomado acción en base a esta autorización firmada.

_____ Mi 'información médica confidencial' significa que toda mi información médica, lo que incluye: mis datos demográficos obtenidos directamente de mi persona, de mi proveedor de la salud de DMG, otros proveedores de atención médica, mi plan de salud, mi empleador o por parte de una agencia de distribución de datos médicos. Esta información médica confidencial se relaciona con mi estado de salud, condición física o mental actual, anterior y futura, así como mi información de identificación personal y cualquier otra información que pueda identificarme como al paciente nombrado en este formulario.

_____ Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso de confidencialidad de prácticas de la clínica DMG antes de firmar este documento y para ello se me ha proporcionado una copia. Este aviso de confidencialidad de prácticas describe los tipos de usos y formas de dar a conocer mi información médica confidencial, mi tratamiento, pagos de recibos o sobre el rendimiento de operaciones de atención médica en la clínica DMG. Este aviso de confidencialidad de prácticas también describe los derechos del cliente y los deberes de la clínica DMG con respecto a mi información médica confidencial.

_____ La clínica DMG se reserva el derecho de cambiar la confidencialidad de prácticas que se describen en el aviso de confidencialidad de prácticas. Puedo obtener un aviso de confidencialidad de prácticas actualizada al llamar a la oficina; puedo solicitar que se me envíe una copia revisada por correo, o pedir una en el momento de mi próxima cita.

Firma del paciente, del padre o de la madre de familia o el tutor legal

Fecha

Nombre del paciente, del padre o de la madre de familia o el tutor legal en letra de imprenta

Documentación de autorización del paciente para efecto de dar a conocer su información



MRN No. _____

En general, la norma de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción del uso y forma de dar a conocer información médica confidencial (PHI en inglés). También se otorga a la persona el derecho de solicitar una comunicación confidencial o recibir su PHI por medios alternativos, tales como: Enviarle correspondencia a la oficina en vez de a la casa.

Quiero que se comuniquen conmigo de la siguiente manera (seleccione todas las opciones que desee):

Teléfono de casa o celular: _____

____ Está bien dejar mensaje con información detallada.

____ Solo dejar mensaje con número para devolver la llamada.

____ No dejar mensajes a mi teléfono personal.

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

____ Está bien mandar fax a este número.

____ Está bien dejar mensaje con información detallada en este número.

____ Solo dejar mensaje con número para devolver la llamada.

____ No dejar mensajes en mi teléfono del trabajo.

Comunicación escrita:

Correo electrónico (correo-e): _____

____ Está bien enviarme un correo-e detallado a esta dirección electrónica.

____ Está bien enviarme un correo-e a la dirección electrónica de mi oficina o casa.

____ Está bien enviarme un correo-e a la dirección electrónica de mi casa.

Representante del paciente a quien se le puede dar información:

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente, del padre o de la madre de familia o el tutor legal:

Nombre en letra de imprenta



MRN No. _____

Hoja informativa del paciente de CRS y su familia Tenemos trabajadoras sociales disponibles para las familias y pacientes de CRS. La información en esta hoja nos ayudará a servirle mejor.

Favor de llenar con bolígrafo.

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

Relación con el paciente: _____ Fecha de hoy: _____

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

Información del proveedor médico (Pediatra o proveedor de atención primaria del paciente).

Nombre	Dirección	Número de teléfono:

Preguntas para la persona que toma las decisiones de familia o para el tutor legal:

¿Quiénes viven en casa con el paciente?

Nombre	Relación con el paciente	Edad

¿Alguno de los padres del paciente no vive en casa? Sí No

Si respondió que sí, ¿cuál es el nombre de la madre o del padre que no vive en casa? _____

La madre o el padre de familia que no vive con el paciente de CRS ¿lo visita? Sí No

La madre o el padre de familia que no vive con el paciente de CRS, ¿trae alguna vez al paciente a CRS? Sí No

¿Traerá a su niño a CRS alguien que no sea la madre, el padre o el tutor legal? Sí* No

Si respondió que sí, complete el formulario de autorización del tratamiento médico del niño, en la página 8.

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

Seguridad y apoyo

¿Le teme a alguien que vive adentro o afuera de su casa? Sí No

¿Quiere hablar con una trabajadora social hoy? Sí No

¿Tiene su niño un problema de conducta para el que aún no recibe ayuda? Sí No

Si respondió que sí, ¿cuál es su preocupación?

CRS Staff Witness: _____ Fecha: _____

¿Cómo llega a sus citas a CRS? Encierre en un círculo todas las opciones que usted usa:

Auto personal Taxi AHCCCS En camión o *Light Rail* con amigos o familiares Llamo al servicio *Dial a Ride*.

Recursos comunitarios

¿Recibe su familia alguno o ninguno de los siguientes servicios? Encierre en un círculo todas las opciones adecuadas.

Servicios	Sí	No	Los ha solicitado
AzEIP (Programa de intervención temprana de Arizona) Fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT), terapia del habla (ST) Especialista del desarrollo			
DDD (División de discapacidades del desarrollo) Fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT), terapia del habla (ST), <i>Servicios habilitation, Servicios Respite</i>			
WIC (Programa de Alimentación de mujeres, niños y lactantes)			
Estampillas de comida <i>Servicios SNAP</i>			
Ayuda en efectivo TANF (Ayuda temporal para familias necesitadas)			
SSI (Ingreso suplementario del seguro social)			
Otro:			
Comentarios:			

Educación

Su niño, ¿ya va a la escuela? ____ Sí ____ No

Nombre de la escuela	Grado

¿Tiene su hijo un IEP (Plan individualizado de estudio) o plan 504? ____ Sí ____ No

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

Clases normales regulares Educación especial Recursos (*Resources* en inglés)
 Escuela en casa Educación por Internet Recibe instrucción de una maestra de la escuela en casa
Fisioterapia (PT) *Terapia ocupacional (OT)* *Terapia del habla (ST)*

CRS cuenta con varias trabajadoras sociales. Ud. puede hablar con una de ellas si llama al centro de llamadas de CRS y pide por la trabajadora social de turno ese día.



MRN No. _____

Autorización general de tratamiento

Escriba sus iniciales en cada párrafo

____ Autorización general: Declaro estar de acuerdo en recibir atención médica en este establecimiento. Por medio de la presente autorizo a que el médico, el personal clínico y los empleados técnicos asignados a mi atención médica me brinden tratamientos y cuidados médicos. Autorizo que el personal a cargo de mi tratamiento médico ordene los servicios auxiliares que sean necesarios para mi atención médica y tratamiento.

____ Entiendo 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 cualquier forma que pueda transmitir el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el virus de la 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 fue expuesto, tal como lo dispone la ley de Arizona.

____ Entiendo que *District Medical Group* utiliza un sistema electrónico de expedientes médicos. Entiendo que este sistema se mantiene según las normas HIPAA y otros reglamentos sobre la privacidad del paciente y administración de información médica. Entiendo que mis proveedores de la salud tendrán acceso a mi información médica durante el transcurso de todo mi tratamiento y cuidado médico.

____ Entiendo que *District Medical Group* usa un mecanismo electrónico para generar recetas médicas y transmitir las vía electrónica a farmacias locales y de entrega de medicamentos por correo.

____ Autorizo que cualquier farmacia o agencia de control de medicamentos dé a conocer mi historial de uso de medicamentos a mi médico o proveedor de la salud.

Al firmar este documento, acepto que las fotocopias de este documento tienen la misma validez legal que el original.

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

Firma del paciente o encargado legal Nombre en letra de imprenta Relación con el paciente Fecha

CONFIDENCIALIDAD Y ENTREGA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Nuestro aviso de confidencialidad de prácticas proporciona la información de cómo usamos y damos a conocer su información médica personal. Por medio de su firma abajo usted reconoce que ha recibido una copia de nuestro formulario de uso y entrega de su información médica.



MRN No. _____

Testigo CRS: _____ Fecha: _____

Notario Público

Usted puede llevarse este documento de la clínica CRS .

Este documento DEBE ser firmado y sellado por un notario público
o ser firmado en presencia de un miembro del personal de CRS.

Notario público

Fecha

DISTRICT MEDICAL GROUP AVISO DE CONFIDENCIALIDAD DE PRÁCTICAS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DARSE A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO UD. PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso de confidencialidad de prácticas describe cómo la clínica DMG puede usar y dar a conocer su información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. Este aviso también describe sus derechos con respecto a su información médica.

1. ¿CÓMO USAREMOS Y DAREMOS A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Su médico, nuestro personal administrativo, y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su atención y tratamiento de la salud pueden usar y dar a conocer su información con el propósito de brindarle servicios de atención médica. Su información médica también puede usarse y darse a conocer para pagar sus recibos de atención médica y como información de apoyo al funcionamiento del consultorio de su médico.

A continuación presentamos ejemplos de los tipos de uso y entrega de su información médica que se le permite hacer al personal de la oficina de su proveedor médico. Estos ejemplos no comprenden todo los casos sino que solo describen los tipos de uso y entrega de su información que nuestro personal puede hacer.

Tratamiento: Es posible que usemos o demos a conocer información médica para proveer, coordinar o tramitar su atención médica y cualquier servicio relacionado; ello implica la coordinación o trámite del cuidado de su salud por parte de otro proveedor. Es posible que también entreguemos su información médica a otros médicos o proveedores de la salud bajo los que usted esté en tratamiento. Por ejemplo, es posible que entreguemos su información médica a un doctor al que le hayan remitido para así garantizar que cuente con toda su información necesaria para diagnosticarle o impartirle cuidados médicos. Asimismo, es posible que de vez en cuando demos a conocer su información médica a otros doctores o centros profesionales de la salud (Ej.: un médico especialista o un laboratorio) que participen en su cuidado médico y deban proporcionarle servicios de diagnóstico u otros cuidados por orden de su doctor.

Pago: Su información médica puede usarse o darse a conocer para obtener pagos de sus servicios médicos proporcionados por nosotros u otros proveedores de la salud. También puede usarse su información médica para ciertas actividades que su seguro médico lleva a cabo antes de asumir el gasto o autorizar el pago de los servicios médicos que nosotros recomendamos. Algunas de estas actividades son: Determinar si usted tiene derecho a la prestación de cobertura médica; analizar los servicios médicos que se le proporcionan según su necesidad médica; otras actividades de análisis de gastos por pacientes. Por ejemplo, antes de su ingreso al hospital puede ser necesario que demos a conocer al seguro médico su información médica más relevante para obtener su aprobación de ingreso.

Actividades de atención médica: Es posible que usemos o demos a conocer su información médica con motivos de mejorar la calidad de atención brindada al paciente o para justificar transacciones administrativas de la empresa. Cabe la posibilidad que usemos su información médica para mejorar la calidad de nuestros servicios, llevar a cabo auditorías, servicios legales y de contabilidad, o en función de planificación y administración de la empresa. Compartiremos su información médica con nuestros 'socios comerciales' que llevan a cabo distintas actividades (tales como facturación y transcripción) para nuestra empresa. Siempre que el uso y la entrega de su información médica sea parte de algún acuerdo entre nuestra empresa y alguno de nuestros socios comerciales, contaremos con un contrato en el que se estipulen términos y cláusulas que protejan la confidencialidad de su información médica.

Miembros de la familia, amigos y otros que participen en su atención médica: Es posible que demos a conocer su información médica a miembros de su familia, amigos que participen en su atención médica o personas que ayuden a pagar sus gastos médicos. Es posible que usemos o demos a conocer su información médica para avisarle o ayudar a avisarle a un miembro de su familia, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención médica sobre su ubicación, condición general de salud o muerte. Podemos usar o dar a conocer su

información médica a entidades de esfuerzos de ayuda y alivio en caso de catástrofes, ya sean públicas o privadas; también para coordinar el uso y la entrega de su información a miembros de su familia u otras personas que participen en su atención médica.

Requerido por ley: Es posible que usemos o demos a conocer su información médica en la medida en que su uso y entrega sea requerido por la ley. Su uso o entrega se llevará a cabo en cumplimiento de la ley y estará limitado hasta donde sea posible y pertinente según la ley. Usted será notificado, si la ley lo solicita, de cualquier uso o entrega de su información como tal.

Salud pública: Es posible que compartamos su información médica con autoridades de salud pública a las que se les permita por ley recolectar o recibir dicha información, en colaboración con actividades y propósitos de salud pública. Por ejemplo, se puede revelar información médica con el propósito de prevenir o controlar una enfermedad, lesión física o discapacidad.

Enfermedades contagiosas: Es posible que revelemos su información médica, si la ley lo autoriza, a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo pueda estar en riesgo de contacto o esparcimiento de dicha enfermedad o condición.

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

Abuso o negligencia: Es posible que revelemos su información médica a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recibir informes sobre abuso infantil o negligencia. Además, podemos dar a conocer su información médica a la entidad de gobierno o agencia autorizada para recibir dicha información si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En cual caso la entrega de información será de acuerdo a los requisitos establecidos según las leyes federales y estatales correspondientes.

Administración de alimentos y medicamentos (FDA por sus siglas en inglés): Es posible que demos a conocer su información médica a una persona o compañía según lo requiera la FDA con motivos de calidad, seguridad o efectividad de productos regulados por la FDA, o actividades que incluyen reportar efectos adversos, productos con problemas o defectuosos, desvíos de productos biológicos, para el rastreo de productos; recuperar productos, hacer reparaciones o reemplazos o llevar a cabo supervisión post-mercadeo según se requiera.

Acciones judiciales: Es posible que demos a conocer su información médica en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden judicial o de algún tribunal administrativo (salvo y sólo en la medida en que dicha entrega de información se encuentre expresamente autorizada) o en ciertas condiciones en respuesta a una citación judicial, petición de exhibición de pruebas u otro proceso legal.

Seguridad pública: También podemos entregar información médica, siempre y cuando se cumpla con las exigencias legales pertinentes, con el propósito del cumplimiento de la ley. Estos propósitos incluyen: (1) Procesos legales y de otro modo requeridos por la ley, (2) peticiones de información limitada con propósitos de identificación y ubicación, (3) concerniente a las víctimas de un crimen, (4) sospecha de haberse producido una muerte como resultado de una conducta delictiva, (5) en caso ocurrir un delito en una unidad de nuestras instalaciones, y (6) debido a una emergencia médica (que no haya ocurrido en una unidad de nuestras instalaciones) en donde lo más probable es que haya ocurrido un delito.

Médicos forenses, directores funerarios y donación de órganos: Es posible que demos a conocer su información de la salud a un médico 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 es posible que demos a conocer información médica a un director funerario, según lo autorice la ley, con la finalidad de permitir que el director funerario lleve a cabo sus funciones. Podemos entregar dicha información en respuesta a una anticipación razonable de fallecimiento. Se puede usar y entregar información médica con el propósito de donar tejidos, ojos y órganos de cadáveres.

Investigación: Podemos dar a conocer su información médica a investigadores, siempre y cuando la investigación haya sido aprobada por un comité de supervisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y que establezca protocolos para garantizar la privacidad de su información médica.

Acciones delictivas: De acuerdo con las leyes federales y estatales pertinentes, es posible que demos a conocer su información médica si creemos que su uso o entrega es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del

público. También podemos, en caso necesario, divulgar información médica para que autoridades del orden público identifiquen o capturen a un individuo.

Actividad militar y seguridad nacional: Sujeto a sus debidas condiciones, podemos usar o dar a conocer información médica de personas que forman parte del personal de las fuerzas armadas (1) para ciertas actividades consideradas necesarias por autoridades apropiadas de mando militar; (2) con el propósito de que el departamento *the Department of Veterans Affairs* determine nuestro derecho a recibir sus prestaciones; o (3) podemos entregársela a las autoridades militares extranjeras si usted es miembro de las mismas. También podemos revelar 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 del país u otros legalmente autorizados.

Indemnización laboral: Es posible que demos a conocer su información médica según se autorice para cumplir con las leyes de indemnización laboral y otros programas similares legalmente establecidos.

Reclusos: Es posible que usemos o demos a conocer su información médica si usted es un recluso de un penitenciario y si su información médica hubiera sido creada o recibida por su doctor al momento de brindarle atención médica.

2. USOS Y DECLARACIONES

Pediremos su autorización por escrito si nuestra intención es usar o entregar su información médica por razones no descritas en este aviso o notificación. Usted tiene el derecho de revocar su autorización en cualquier momento; de así hacerlo, tampoco usaremos ni entregaremos su información médica por las razones descritas anteriormente. Por favor entienda que no podemos retirar ninguna entrega de información previa realizada con su autorización.

3. SUS DERECHOS

- i. **Derecho a este aviso:** Ud. puede solicitar una copia impresa de este aviso o de confidencialidad de prácticas en cualquier momento.
- ii. **Derecho a solicitar su información médica:** Ud. puede solicitar acceso a su información médica recopilada en nuestros expedientes. Usted puede obtener una copia de su expediente médico que contenga su información médica, registro de pagos y cualquier otra información que se encuentre en el mismo y que nosotros, su médico o la empresa usa para tomar decisiones médicas sobre su persona. Según lo permiten leyes estatales o federales tenemos el derecho a cobrarle una cantidad razonable por la entrega de su expediente.
- iii. **Derecho a solicitar una enmienda a su información médica:** Usted puede solicitar una enmienda a su información médica que considere incorrecta o incompleta. En algunos casos, es posible que deneguemos su solicitud de enmienda. En caso que deneguemos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo en contra nuestra; nosotros a la vez prepararemos una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.
- iv. **Derecho a solicitar una restricción de su información médica:** Usted puede solicitar una restricción o limitación del uso o entrega de su información médica que demos a conocer para obtener tratamiento, pago y otras prácticas de atención médica. Usted puede solicitar limitar la información médica que le demos a alguien que esté involucrado en su cuidado o que se responsabilice del pago de su tratamiento y atención médica. Nosotros no estamos obligados a aceptar cualquier restricción que usted solicite. En caso que aceptáramos la restricción que solicita, no usaremos ni daremos a conocer su información médica correspondiente con dicha restricción, a menos que sea necesario para darle algún tratamiento debido a una urgencia médica.
- v. **Derecho a solicitarnos una comunicación confidencial por medios alternativos o a una ubicación alternativa.** Usted puede solicitar comunicarnos con usted de una forma más confidencial. Haremos este arreglo y para ello le pediremos información sobre cómo se harán sus pagos o específicamente la dirección de otra ubicación alterna u otro método para contactarle. No le pediremos explicaciones del porqué de su petición de arreglo especial.

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

4. CAMBIOS A ESTE AVISO



MRN No. _____

Nos reservamos el derecho de enmendar las condiciones de este aviso. Si se enmienda este aviso, las condiciones que se enmienden serán válidas para toda la información médica que tengamos en ese momento. Usted puede solicitar una copia de la versión más actualizada al llamar a la oficina y solicitar que le envíen una copia por correo o puede pedir una copia en persona el día de su próxima visita.

5. PREGUNTAS O INQUIETUDES

Si tiene alguna pregunta acerca de la confidencialidad de nuestras prácticas, sobre cualquier información en este aviso de confidencialidad de prácticas, o desea presentar una queja relacionada con la confidencialidad de nuestras prácticas, envíe su queja por escrito a:

*District Medical Group Privacy Officer
Office of Corporate Compliance
2929 E. Thomas Rd.
Phoenix, AZ 85016*

También puede presentar una copia por escrito a la secretaria del 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 le haremos renunciar a su derecho a presentar una queja a HHS siempre y cuando nos permita darle atención médica; tampoco le multaremos por presentar una queja a HHS.

Este aviso se publica y entra en vigencia a partir del **01/01/2013**.

DERECHOS DEL PACIENTE

1. No ser discriminado en base a su raza, nacionalidad, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;
2. Recibir tratamiento que apoye o respete la individualidad, elecciones, fortalezas y habilidades del paciente;
3. No ser sometido a: abuso, descuido, explotación, manipulación, abuso sexual, agresión sexual, restricción o reclusión;
4. Presentar reclamos al Departamento de Servicios de Salud de Arizona sin represalia;
5. No perder sus pertenencias a manos de algún empleado, voluntario o estudiante en el centro de tratamiento del paciente ambulatorio;
6. 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;
7. 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;
8. Participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o en las decisiones concernientes al tratamiento;
9. Participar o rehusarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales;

10. Recibir asistencia de un miembro de la familia, representante u otro individuo para comprender, proteger o ejercitar los derechos del paciente;
11. El paciente tiene el derecho de dar su consentimiento a, o rehusar, tratamiento hasta el punto permitido por ley. El paciente también puede retirar su consentimiento de tratamiento antes del comienzo de cualquier tratamiento;
12. El paciente será informado sobre alternativas a un psicotrópico propuesto o procedimiento quirúrgico salvo en caso de emergencia. También el paciente será informado sobre los riesgos relacionados y los complicaciones posibles de un psicotrópico propuesto o procedimiento quirúrgico salvo en caso de emergencia;
13. Recibir privacidad en el tratamiento y atención de necesidades personales; Recibir privacidad en su tratamiento y cuidado para sus necesidades personales
14. El paciente será informado sobre las reglas que el centro de tratamiento del paciente ambulatorio tiene de directiva anticipada y el procedimiento de quejas;
15. El paciente tiene el derecho de dar consentimiento a, o rehusar, ser fotografiado salvo en caso de admisión (para propósitos administrativos de identificación);
16. Ser tratado con consideración, respeto y dignidad;
17. Enviar quejas o reclamos a los miembros del personal de la clínica, o a entidades externas o a otros individuos sin restricción ni represalia;
18. Hacer reclamos que sean considerados justos, oportunos e imparciales.
Recibir, al ser dado de alta o transferido, recomendaciones para el tratamiento; y
19. El paciente tiene el derecho de proveer consentimiento escrito para la divulgación de información sobre su historia médica o estado financiero hasta el punto permitido por ley.