

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

Idioma(s): _____

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

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

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

Pediatra o médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Proveedor de la salud mental y del comportamiento (externo): _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Número 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 abajo. Al enlistar a estos contactos abajo, usted autoriza a DMG a contactar a estos individuos y compartir su información relevante y protegida de la salud con ellos, con el propósito de asegurar su bienestar durante una situación urgente médica o de otra naturaleza.

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono: _____

Si el paciente tiene menos 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 _____

SOLO PARA MENORES: Si los padres biológicos del menor están divorciados y con derecho compartido para tomar decisiones médicas, por favor escriba la siguiente información demográfica del padre o madre que no tiene la custodia (o que no está llenando esta solicitud):

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección de la calle # de apartamento Ciudad Estado Código postal

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**? Sí No

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

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

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

Firma del Paciente, padre o tutor legal

¿Tiene alguna creencia o cultura religiosa que pueda afectar la atención médica? Sí No

Si respondió que sí, describala: _____

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	
Nº de seguro social del titular	Fecha de nacimiento del titular	Relación con el paciente	
Empleador del titular	Teléfono de casa	Nº 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

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

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

Autorizo a District Medical Group (DMG por sus siglas en inglés) a usar y a dar a conocer la Información médica confidencial de _____, con el propósito

Nombre del paciente en letra de molde

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 de las clínicas de DMG y que DMG no está obligada a aceptar esta restricción. 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.

_____ La clínica DMG tiene mi permiso para añadir imágenes clínicas (por ejemplo: foto o vídeo, etc.) en mi expediente médico electrónico según lo requieran mis proveedores médicos, para ayudar mi tratamiento.

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 molde.

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

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 desea):

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 molde

página dejada en blanco intencionalmente

Autorización general de tratamiento

Coloque sus iniciales en cada párrafo.

_____ Autorización general: Declaro estar de acuerdo en recibir atención médica en este establecimiento, lo que incluye evaluaciones y manejo de mi tratamiento vía telefónica, en caso que los servicios médicos se lleven a cabo en persona. 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, a preguntar y a que se me respondan satisfactoriamente mis preguntas e inquietudes.

_____ 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.

_____ La clínica DMG tiene mi permiso para añadir imágenes clínicas (por ejemplo: foto o vídeo, etc.) en mi expediente médico electrónico según lo requieran mis proveedores médicos, para ayudar mi tratamiento.

_____ Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en Health Current, el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés).

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.

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

página dejada en blanco intencionalmente

AUTORIZACIÓN PARA DAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR

Yo, _____ madre o padre de: _____
Nombre del padre, la madre o del tutor legal en letra de imprenta Nombre del niño

soy la madre o el padre o tengo la tutoría legal del paciente de la clínica CRS mencionado arriba. Es posible que por diversas razones, haya ocasiones en las que no pueda acompañar a sus citas médicas al niño mencionado arriba. Los adultos mencionados abajo son mayores de 18 años y están autorizados a hablar con el personal de la clínica sobre las necesidades de atención médica y tratamiento de mi niño; asimismo, los autorizo para que permitan hacer solo procedimientos de rutina; como análisis de laboratorio y radiografías. Entiendo que dichas personas deben tener conocimiento del diagnóstico y del tratamiento de mi niño para poder hablar de ello con los médicos. En caso que éstas personas no puedan proporcionar la información adecuada sobre la salud de mi niño según el médico lo requiera, la cita será programada para otra fecha. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con lo acordado anteriormente. _____ (Escriba sus iniciales)

Por este medio designo y autorizo a las siguientes personas (escriba los nombres en letra de imprenta):

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

ESTE DOCUMENTO ES VIGENTE POR UN AÑO. Esta autorización expirará automáticamente un (1) año después de la fecha en que se firma, a menos que se especifique abajo otra fecha de expiración diferente o acontecimiento específico.

Fecha de expiración: _____ Acontecimiento específico: _____

COPIA RECIBIDA. Acuso recibo de una copia firmada de esta autorización _____ (Escriba sus iniciales).

Cualquier pregunta o duda sobre esta autorización pueden comunicarse conmigo de la siguiente forma:
 (Por favor, seleccione su método preferido)

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Firma del padre, de la madre o del tutor legal: _____ Fecha: _____

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

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), Servicios habilitación, Servicios Respite			
WIC (Programa de Alimentación de mujeres, niños y lactantes)			
Estampillas de comida o Servicios SNAP			
Ayuda en efectivo TANF (Ayuda temporal para familias necesitadas)			
SSI (Ingreso suplementario del seguro social)			
Otro:			
Comentarios:			

¿Qué tan seguro está de poder controlar y coordinar la mayoría de sus problemas de salud?

Muy seguro _____ seguro _____ neutro _____ no estoy seguro _____ no muy seguro _____

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.

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 u 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.

Aviso sobre las prácticas y normas de la información médica de los pacientes

Le enviamos este aviso porque su médico o proveedor de la salud forma parte de un intercambio de información médica no gubernamental y sin fines de lucro (HIE en inglés) llamado Health Current. No implica ningún costo adicional y puede ayudar a que su doctor o proveedor de la salud, y planes de salud, coordinen mejor su cuidado por medio de compartir su información en una manera segura y privada. Este aviso explica cómo funciona el intercambio HIE y le ayudará a entender sus derechos del mismo bajo leyes estatales y federales.

¿Cómo le ayuda Health Current a recibir mejor cuidado de la salud?

Cuando se usa un sistema en base a expedientes impresos, su información médica se envía a su doctor ya sea por correo o vía fax. A veces, los expedientes se pierden o no se reciben a tiempo para su cita. Si usted autoriza a que su información se comparta por medio de HIE, sus doctores tendrán acceso a ellos vía electrónica an tiempo y de forma oportuna, segura y privada.

¿Qué tipo de información médica ofrece Health Current?

Puede ser que se ofrezca la siguiente información:

- Expedientes del hospital
- Historial médico
- Medicamentos
- Alergias
- Resultados de análisis de laboratorio
- Informes de radiología
- Información sobre visitas al médico y a la clínica
- Información sobre la inscripción al plan de salud y su elegibilidad
- Otra información útil para su tratamiento

¿Quién puede ver su información con Health Current y cuándo puede compartirse? La gente que trabaja en proporcionarle cuidados médicos tendrá acceso a su información médica; esto puede incluir doctores, enfermeras, otros profesionales médicos, planes de seguro de la salud y cualquier organización o persona que trabaje en nombre de sus proveedores médicos y plan de seguro de salud. Pueden tener acceso a su información para tratamiento, coordinación del cuidado médico, manejo de su caso o cuidado médico, planificación de transición del cuidado médico y para servicios de salud a la población.

Usted puede autorizar a terceros a tener acceso a su información médica si firma una autorización. Entonces, solo se tendrá acceso a la información médica que se describa en la autorización escrita y para los motivos que se describan en la autorización, únicamente.

Es posible que Health Current use su información según lo requiera la ley y según sea necesario para realizar los servicios de sus proveedores médicos, planes de seguro médico y otros que participen con Health Current.

Los miembros de la junta directiva de Health Current pueden ampliar la respuesta sobre el porqué los proveedores médicos y otros tienen acceso a su información médica, siempre y cuando se apegue a lo que permite la ley. Esta información se encuentra en la página Web de Health Current: Healthcurrent.org/permitted-use.

¿Recibe Health Current información de salud mental y del comportamiento?, y de ser así, ¿quién puede tener acceso? Health Current si recibe información de salud mental y del comportamiento, que incluye expedientes sobre tratamiento debido a abuso de sustancias. La ley federal da protección especial de confidencialidad a expedientes de tratamiento de abuso de sustancias de programas de tratamiento de lo mismo que usa la ayuda del gobierno. Health Current mantiene estos expedientes de tratamiento por abuso de sustancias separados del resto de su información médica. Health Current solo dará a conocer la información de su expediente sobre tratamiento de abuso de sustancias en dos casos: Uno, personal médico podrá tener acceso a esta información en caso de una urgencia médica; y dos, usted puede firmar un consentimiento que autorice a su proveedor médico u otros el acceso a esta información.

¿Cómo se protege su información médica?

Leyes federales y estatales, como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información médica. Su información se comparte por medio de transmisión privada y segura. Health Current aplica medidas de seguridad para prevenir que alguien no autorizado obtenga acceso. Cada persona cuenta con un nombre de usuario y contraseña, y el sistema graba todo acceso a su información.

Sus derechos sobre intercambio de información electrónica privada y segura

Usted tiene derecho a:

1. Pedir una copia de su información médica disponible a través de Health Current. Comuníquese con su proveedor médico y puede recibir una copia en 30 días.
2. Pedir que se corrija cualquier información de la sección HIE. Si alguna de la información en la sección HIE es incorrecta, usted puede pedirle a su proveedor médico que la corrija.
3. Pedir una lista de las personas que han visto su información por medio de Health Current. Comuníquese con su proveedor médico y puede recibir una copia en 30 días. Por favor infórmele a su proveedor médico si piensa que alguien que no debe ver su información médica la ha visto.

Según el artículo 27, sección 2 de la constitución de Arizona y bajo las leyes de Arizona Arizona Revised Statutes título 3, sección 3802 usted tiene derecho a no autorizar el intercambio de su información médica por medio de Health Current:

1. Excepto si lo especifica una ley federal o estatal, usted puede optar 'no' a compartir su información en Health Current. Si quiere optar 'no' en la opción de compartir su información, por favor pídale a su proveedor médico [El formulario de negación a compartir la información del paciente](#). Su información no estará disponible para compartir en Health Current 30 días después de que Health Current haya recibido su [formulario de negación a compartir la información del paciente](#) por parte de su proveedor médico.

Advertencia: Si usted opta no compartir su información, su información médica NO estará disponible para sus proveedores médicos—incluso en caso de urgencia.

2. Si usted decide optar por 'no compartir la información' hoy, puede cambiar su opción en cualquier momento si llena [El formulario para volver a compartir la información del paciente](#) y lo entrega a su proveedor médico.

3. Si no toma acción hoy y permite que su información médica sea compartida en Health Current, puede cambiar esa opción en el futuro.

SI NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PUEDE INTERCAMBIARSE DE FORMA PRIVADA Y SEGURA CON HEALTH CURRENT.

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

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 secretaría 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, CA 94103

Attn: OCR Regional Manager

También puede presentar una queja al Department de Salud de Arizoa al:

150 N 18th Avenue

Phoenix, AZ 85007

602-364-4764

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, respecto 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.