

Bienvenido a Well Care Community Health, Inc.

A cada paciente de Well Care Community Health se le pedirá que complete una solicitud de tarifa variable anualmente. Se solicita la siguiente información para mostrar comprobante de ingresos:

1. Comprobante de ingresos familiares. Ejemplos: talones de pago: los 2 más actuales, manutención de menores, Seguro Social / Discapacidad / SSI, Pensión, TANF (Tarifas con descuento disponibles para pacientes que califican según el tamaño del hogar y los ingresos).
2. Identificación con fotografía actual, como licencia de conducir
3. Lista de medicamentos recetados actuales. Puede escribirlos en la hoja de historial del paciente que le entregaron.
4. Si tiene seguro médico, una copia de la tarjeta vigente.

Tenga toda la información anterior cuando devuelva estos formularios a la clínica para simplificar el proceso de citas.

Información sobre la clínica

Horario

**lunes- viernes
8:00 – 5:00pm**

**Horario por la Tarde-Noche
Con cita previa**

Horario para atención sin cita

**lunes- viernes
8:00 am- 4:00 PM**

*** Le pedimos que llegue a tiempo a su cita. Si no puede asistir a su cita, llame a nuestra oficina para reprogramarla o cancelarla dentro de las 24 horas posteriores a su cita.**

**Para comunicarse con un trabajador de la salud por teléfono durante el horario comercial: Tel
(765) 973-9294**

Los usuarios de TTY deben llamar al: 711 o (800) 743-3333

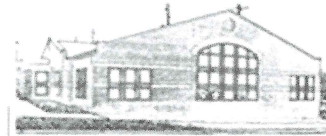
*** La centralita telefónica (línea de habla inglesa) permanece abierta para llamadas durante el almuerzo.**

- **Línea de la Interprete Amy—Oprime 7**
- Para comunicarse en inglés:
 - Para agendar una cita – Oprime 1
 - Surtido de medicamentos – Oprime 4
 - Citas dentales – Oprime 5
 - Operador – Oprime 0

Fuera del horario de atención: si tiene un problema médico o una pregunta después del horario de atención o durante el fin de semana y siente que no puede esperar hasta el siguiente día hábil, llame a nuestro sistema de guardia al (765) 914-1859. O puede llamar a nuestro número principal (765) 973-9294 y presionar 9 para ser transferido. Un profesional de la salud le devolverá la llamada en breve.

Surtido de medicamentos: llame al 973-9294 y presione la opción de reabastecimiento de medicamentos. Deje su nombre, número de teléfono, nombre del medicamento y dosis. Además, deje el nombre de una farmacia a la que se le pueda pedir la receta si no obtiene el medicamento en la clínica. Debido al gran volumen de llamadas, pueden pasar 48 horas antes de que el medicamento esté listo para ser recogido. Tu llamada es muy importante para nosotros.

Horas de laboratorio: lunes a viernes, de 8:00 a 11:00 a. M. o de 1:00 a 3:00 p.m.



WELL CARE COMMUNITY HEALTH, INC.
 203 EAST MAIN STREET
 PHONE # 765.973.9294 FAX# 765.973.9233
 Usuarios de TTY Llaman al 711 o 800.325.0778
Registro del Paciente y Cuestionario Médico

Fecha: _____

Cada paciente tiene que completar el Registro de Paciente y el Cuestionario de Salud

USE LETRAS DE MOLDE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social#: tráigalo en su primera cita

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Tel para Mensajes: _____

Correo Electrónico: _____

Email: _____ Ejercito: Yes No

Estado civil: Soltero Casado Viudo/a Divorciado/a Separado/a

Hombre Mujer Último grado de escuela que completó: _____

Marque uno:

Raza: Indio (Indio Americano) Hawái/Islas de Pacifico
 Asiático Afroamericano/Negro Blanco Más de una raza No especifica
 Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino No especifica

Lugar donde trabaja: _____ Ingresos: _____ Otros Ingresos: _____

Lugar donde trabaja: _____ Ingresos: _____ Otros Ingresos: _____

Persona Responsable de los Pagos:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: (tráigalo en su primera cita)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tlf: _____ Celular: _____ Tel para Mensajes: _____

Lugar donde Trabaja: _____ Ingresos: _____ Otros ingresos: _____

Doy mi consentimiento para que Well Care Community Health, Inc. use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para tratamientos, pagos y opciones de atención médica (TPO). Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad. La Clínica puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a realizar TPO, como recordatorios de citas, declaraciones de pacientes, artículos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas. Tengo el derecho de solicitar a la Clínica que restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI, sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones.

 Firma del Padre o Tutor del Menor

 Fecha

Relación con el/la Paciente si está firmado por un Tutor: _____



**pAVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: ACUSE DE RECIBO
Y DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Reconocimiento:

Por la presente reconozco que recibí y/o me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica:

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Teléfono: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación: _____

Designación **Rechazada** **Revisada**

Autorizo a la práctica a divulgar o proporcionar mi información de salud protegida a las siguientes personas que están autorizadas para actuar como mi representante personal con el fin de recibir toda la información de salud protegida sobre mí. Como mi representante designado, puede ejercer mi derecho a inspeccionar, copiar y solicitar enmiendas a mi información de salud protegida. Él/ella también puede dar su consentimiento para autorizar el uso o divulgación de mi información de salud protegida:

_____ (Nombre impreso del representante personal) _____ (Número de teléfono)

_____ (Nombre impreso del representante personal) _____ (Número de teléfono)

_____ (Nombre impreso del representante personal) _____ (Número de teléfono)

Descripción de la información que se divulgará: Autorizo a la práctica a divulgar toda mi información médica protegida a mi(s) representante(s) personal(es) designado(s).

Vencimientos o rescisión de la autorización: Esta autorización permanecerá en vigor hasta que usted o su(s) representante(s) personal(es) la rescindan.

Derecho a revocar o cancelar: Como se establece en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización enviando una solicitud por escrito a nuestro Gerente de Privacidad.

Nueva divulgación: No tenemos control sobre la(s) persona(s) que ha incluido como su representante personal. Por lo tanto, su información de salud protegida divulgada a su representante personal ya no estará protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad y ya no será la responsabilidad de esta práctica.

Firma

Fecha

WELL CARE COMMUNITY HEALTH, INC
Cuestionario de Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que esté tomando pueden afectar su salud bucal.

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No

En el caso afirmativo, _____

Alguna vez haya sido hospitalizado o ha tenido alguna operación? Sí No

En el caso afirmativo, _____

Ha tenido una lesión a la cabeza o al cuello grave? Sí No

En el caso afirmativo, _____

Está tomando medicamentos, pastillas o narcóticos? Sí No

En el caso afirmativo, _____

Está tomando anticoagulantes? Sí No

En el caso afirmativo, _____

Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, u otro med. que contiene bisfosfonatos? Sí No

En el caso afirmativo, _____

Usa tabaco? Sí No

En el caso afirmativo, _____

Usa sustancias controladas? Sí No

En caso afirmativo _____

Mujeres, está Ud.....

Embarazado/Intentando quedarse embarazada?
 Amamantando?
 Tomando pastillas anticonceptivas?

Tiene alergia a...

<input type="radio"/> Aspirina	<input type="radio"/> Penicilina	<input type="radio"/> Codeína	<input type="radio"/> Acrílico
<input type="radio"/> Metal	<input type="radio"/> Látex	<input type="radio"/> Anestesia Local	<input type="radio"/> Medicamentos de Sulfa
<input type="radio"/> Plata	<input type="radio"/> Tinta roja	<input type="radio"/> Yodo	<input type="radio"/> NINGUNO
	<input type="radio"/> Otro?		

Ud. tiene o ha tenido:

Positivo para SIDA/VIH	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Medicina de Cortisona	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hemofilia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tratamiento de Radiación	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Alzheimer	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Diabetes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hepatitis A	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hepatitis B o C	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Anafilaxis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Adicción de narcóticos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Diálisis Renal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Anemia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Herpes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fiebre reumática	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Angina	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfisema	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Presión Alta	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Artritis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Epilepsia o Convulsiones	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fiebre escarlatina	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Válvula de corazón artificial	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sangrado excesivo	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Urticaria o Salpullido	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Herpes zoster	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Articulación artificial	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sed excesiva	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hipoglicemia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enf. De Células Falciforme	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Asma	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Desmayos/mareos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Latido de Corazón Irregular	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Prob. de Senos Nasales	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedad de Sangre	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas de riñón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Espina Bífida	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Transfusión de Sangre	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Leucemia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Estomago/Intestinal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas de respiración	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Dolores de cabeza frecuentes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedad de Hígado	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Derrame cerebral	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Se magulla con facilidad	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Presión baja	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Hinchazón de Miembros	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cáncer	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Glaucoma	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad de pulmón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Tiroides	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fallo Cardíaco/ataque	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Prolapso de la Válvula Mitral	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tonsilitis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Dolores de Pecho	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Soplo de corazón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Osteoporosis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tuberculosis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Llagas en la boca/fuegos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas Paratiroides	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Dolor en la Mandíbula	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Afición de Corazón Congénita	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Marcapasos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad venérea	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Convulsiones	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas o enf. de corazón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Cuidado Psiquiátricos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			Ictericia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Pérdida de peso reciente	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Ha tendio alguna enfermedad no enumerada arriba? Sí No

En el caso afirmativo: _____

Comentarios:

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar al personal médico / dental si yo, o mi hijo menor, alguna vez tenemos un cambio en la salud médica o dental. Doy mi consentimiento para que Well Care Community Health, Inc use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para tratamiento, pago y opciones de atención médica (TPO). He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. La Clínica puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, declaraciones de pacientes, artículos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas. Tengo derecho a solicitar a la Clínica que restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI; sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones.

Firma del Padre o Tutor del Menor

Fecha

Relación con el/la Paciente si está firmado por un Tutor: _____



your choice for better care

Medical
Dental
Behavioral

Consentimiento para Cuidado Médico del Paciente

Consentimiento de Cuidado:

Yo, el abajo firmante, para mí o para un niño / niños menores de edad u otra persona para quien tengo autoridad para firmar, por la presente doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento médicos, según lo indique un proveedor, mientras que dicha atención y tratamiento médicos se brindan a través de Well Care Community Health en forma ambulatoria / visita al consultorio. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluido el tratamiento de un proveedor de nivel medio (enfermera practicante o asociado médico) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas bajo la dirección de un médico, según se considere razonable y necesario.

Al Paciente:

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su proveedor de atención médica sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le solicite. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo alentamos a que haga preguntas.

Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe por naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Consentimiento firmado

Por la presente doy mi consentimiento para tratar a los niños menores de edad, que son menores de dieciocho años de edad, para recibir atención médica y / o tratamiento de los proveedores de Well Care Community Health. Cualquier atención que se considere médicamente necesaria se puede proporcionar con o sin mi presencia:

Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntariamente a su contenido.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre del padre o tutor legal en letras de molde

Relación con el paciente

Este consentimiento para el tratamiento médico permanecerá en vigor desde la fecha de la firma hasta que sea revocado por escrito.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE

Si Ud. tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Kimberly Flanigan, RN en el Centro de Salud al 765-973-9294 o en 203 East Main Street, Richmond, IN 47374.

QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO

Este aviso describe información sobre prácticas de privacidad seguidas por nuestros empleados, personal y otro personal del Centro de Salud. Cuando su proveedor no está disponible, los proveedores de atención médica que usted consulta por teléfono y le brindan "cobertura de llamadas" seguirán las prácticas descritas en este aviso.

SU INFORMACIÓN DE SALUD

Este aviso se aplica a la información y registros que tenemos sobre su salud, estado de salud y la atención médica y los servicios que recibe en el Centro de Salud.

La ley nos exige darle este aviso. Le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar información de salud sobre usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Para tratamiento. Podemos utilizar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, personal del Centro de Salud u otro personal involucrado en el cuidado de usted y su salud.

Por ejemplo, es posible que su proveedor lo esté tratando por una enfermedad cardíaca y deba saber si tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El proveedor puede usar su historial médico para decidir qué tratamiento es mejor para usted. El proveedor también puede informarle a otro proveedor sobre su afección para que ese proveedor pueda ayudarlo a determinar la atención más adecuada para usted.

Otros empleados en el Centro de Salud puede compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan en el Centro de Salud para coordinar su atención, como llamar recetas a su farmacia, programar pruebas de laboratorio y ordenar radiografías. Los familiares y otros proveedores de atención médica pueden ser parte de su atención médica fuera del Centro de Salud y pueden precisar información sobre usted que tenemos.

Para pago. Podemos usar y divulgar su información de salud para que se le facturen los tratamientos y servicios que recibe en el Centro de Salud y se le pueda cobrar a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí para que su plan de salud nos pague o le reembolse el servicio. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa, o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento

Para operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para administrar el Centro de salud y asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal que lo atiende. También podemos usar información de salud sobre todos o algunos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.

Recordatorios de citas. Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica en el Centro de Salud.

Alternativas de tratamiento. Podemos informarle sobre o recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan interesarle.

Productos y servicios relacionados con la salud. Podemos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Notifíquenos si no desea que lo contactemos para solicitar recordatorios de citas, o si no desea recibir comunicaciones sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si nos avisa por escrito (a la dirección que aparece en la parte superior de este Aviso) que no desea recibir dicha comunicación, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estos fines.

SITUACIONES ESPECIALES

Podemos usar o divulgar su información de salud sin su permiso para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona.

Requerido por la ley. Divulgaremos su información de salud cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.

Investigación. Podemos usar y divulgar su información de salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso especial de aprobación. Le pediremos su permiso para que el investigador tenga acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o si participará en su atención en el Centro de salud.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia. Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de inteligencia o seguridad nacional, el comando militar u otras autoridades gubernamentales nos pueden solicitar que divulguemos su información de salud. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Compensación del trabajador. Podemos divulgar su información de salud para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública. Podemos divulgar su información médica por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o informar acerca de nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a los medicamentos o problemas con los productos.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones o propósitos de licencia. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que determinadas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas. Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, citación o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

Información no identificable personalmente. Podemos usar o divulgar su información de salud de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted.

Familiares y amigos. Podemos divulgar su información de salud a los miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y no plantea una objeción. También podemos divulgar su información de salud a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias, de acuerdo con nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos asumir que acepta que divulguemos su información personal de salud a su cónyuge cuando traiga a su cónyuge a la sala de exámenes durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento

En situaciones en las que no sea capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), podemos, mediante nuestro juicio profesional, determinar que una divulgación a su familiar o amigo es lo mejor para usted. En esa situación, divulgaremos solo información de salud relevante para la participación de la persona en su atención. Por ejemplo, podemos informarle a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque al corazón y proporcionar actualizaciones sobre su progreso y pronóstico. También podemos usar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer deducciones razonables de que es lo mejor para usted permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, medicamentos recetados, suministros médicos o radiografías.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún otro propósito que no sean los identificados en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica por escrito. Debemos obtener su *Autorización*. Si otorga la *Autorización* para usar o divulgar su información de salud, puede revocar dicha *Autorización*, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su *Autorización*, ya no usaremos ni divulgaremos su información por las razones cubiertas por su *Autorización* por escrito, pero no podemos cancelar ningún uso o divulgación que ya haya hecho con su permiso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud, como registros médicos y de facturación, que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe enviar una solicitud por escrito a Kimberly Flanigan, RN, COO para inspeccionar y / o copiar su información de salud. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envíe por correo u otros suministros asociados. Podemos negar su pedido de inspeccionar y / o copiar en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede solicitar que se revise la denegación. Si la ley exige dicha revisión, seleccionaremos a un profesional de la salud con licencia para que revise su solicitud y nuestra denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a enmendar Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que el Centro de Salud guarde la información.

Para solicitar una enmienda, complete y envíe un Formulario de Rectificación / Corrección de registros médicos a Kimberly Flanigan, RN, COO. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye un motivo para respaldar la solicitud.

- a. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita modificar información que:
- b. No creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación.
- c. No es parte de la información de salud que guardamos.
- d. No se le permitiría inspeccionar y copiar.
- e. Es preciso y completo

Derecho a un informe de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud por escrito a Kimberly Flanigan, RN, COO. Debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). Podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en los costos.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una denuncia ante el Centro de Salud o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el Centro de Salud, comuníquese con Kimberly Flanigan, RN, COO 765-973-9294. Usted no será penalizado por presentar una queja.