

Apellido: _____ Suffix II III IV Jr Sr
 Nombre: _____ Nombre de Pila: _____
 Apodo: _____ ¿Que nombre quiere que usemos? _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
 # de Teléfono/Casa: _____ Celular: _____ # del Trabajo: _____
 Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____ / ____ / ____ # de Seguro Social ____ - ____ - ____

Sexo - Hombre Mujer

Como se Identifica (18+) - Hombre Mujer Transgenero Hombre-a-Mujer

Transgenero Mujer-a-Hombre No Binario Genero Adicional No Quiero Responder

Orientación Sexual (18+) - Heterosexual Gay/Lesbiana Bisexual No Sé

Otro No Quiero Contestar

Nombre del Responsable (La persona responsable del pago de la cuenta): _____

Relación al/el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del responsable: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefónico: _____

Contacto de Emergencia _____ # Telefónico _____ Relación _____

Estado Civil - Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Pareja

Idioma - Inglés Español Otro _____

¿Necesita un Traductor - Sí No. ¿Que tipo de traductor? De Discapacitación Auditiva Idioma

Raza - Afroamericano/a Blanco/a Asiatico/a Indio/Nativo de Alaska Hawaiano

Otro o Isleño Pacífico Una o más razas mixtas (Liste la(s) razas) _____

Etnicidad - Hispano/Latino No

Usted Estudia - Tiempo Completo Medio Tiempo No soy estudiante

Trabajo - Tiempo Completo Medio Tiempo Cuenta Propia Jubilado Desempeado

Yo no tengo seguro y me gustaría solicitar el formulario de descuento pacientil. Por Favor: Solicite y llene por completo el formulario de descuento. Sí necesita ayuda díganos.

¿Sí no tiene seguro, ¿Ha solicitado Medicaid o el Seguro de Atención Médica (ACA)? Sí No

Medicaid – ¿Cuándo? _____ ACA – ¿Cuándo? _____

El gobierno necesita datos de ingresos familiares para que podamos obtener fondos federales. Su información personal no se compartira con nadie. Nosotros proporcionamos la información colectivamente como organización. Agradecemos su ayuda. Por favor seleccione el sueldo anual de su familia. Cuantos son de Familia _____

\$0 - \$10,000

\$10,001 - \$20,000

\$20,001 - \$30,000

\$30,001 - \$40,000

\$40,001 - \$50,000

\$50,001 - \$60,000

\$60,001 - \$70,000

\$70,001 - \$80,000

\$80,001 or greater

No Quiero Responder

Dirección (No aceptamos P.O. Box como dirección de correspondencia)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

INFORMACION DEMOGRAFICA

(Esta información es solo para datos demográficos y se mantendrá confidencial.)

Estatus Militar - Soy Militar Veterano Nunca estuve en el ejército

Usted renta o es dueño de casa o apartamento? - Sí No **Donde Reside:** Refugio

Con amigos/familiares Entre casas Estoy en la calle Vivienda de Gobierno

Otro _____

¿Usted o su familia residen en un hogar temporal ya que usted trabaja en la agricultura? Sí No

En los últimos 2 años, ¿Usted o un miembro de su familia ha trabajado en la agricultura de forma estacional? Sí No

Registración Electoral - Ya estoy registrado Quisiera registrarme No estoy interesado en registrarme

¿Cómo se enteró de Little River Medical Center? - Cartelera Periódico Amigos/Familiares Radio

Hospital Otra Clinica Televisión Guía Telefónica Internet/Web Redes Sociales

Evento Comunitario Otra Forma

¿Le gustaría usar Little River Medical Center como su farmacia principal? Sí No

Nombre preferido de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Razón principal de la cita dental: _____ Inspección _____ Emergencia _____ Consulta _____

HISTORIAL DENTAL

	Sí	No	Descripción
¿Tiene un problema dental específico? (Si la respuesta es sí, por favor explique)			
¿Usted se ha sometido a exámenes de rutina?			Mi última cita dental fue en:
¿Cree usted que tiene caries activa o enfermedad en las encías?			
¿Se cepilla los dientes y usa el hilo dental de forma rutinaria?			
¿Sangran sus encías?			
¿Le gusta su sonrisa? Sí/No? (Si responde que no díganos por que?)			
¿La comida se le queda entre los dientes? ¿Tiene algún diente flojo?			
¿Desea conservar los dientes restantes?			
¿Su mandíbula hace chasquidos, o tiene molestias? ¿Muele sus muelas? Le rechina la mandíbula?			
¿Sus experiencias pasadas en un consultorio dental han sido positivas?			
¿Fuma o mastica? ¿Tiene llagas o un crecimiento extraño en su boca?			
Nombre de su dentista? ** (Opcional)**			
Fecha de su última radiografía de boca total (16 radiografías pequeñas o panorámicas)			

HISTORIAL MEDICO

	Sí	No	Descripción
¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por que?			
¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a o ha tenido una operación importante? (Explíquenos)			
¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o cuello? (Explíquenos)			
¿Está tomando algún medicamento, o un producto a base de hierbas? (En caso que sí, explíquenos)			
¿Está en una dieta especial? (Explique su respuesta)			
¿Es alérgico a algún medicamento o sustancia (Explíquenos)			<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Codeína <input type="radio"/> Acrílico <input type="radio"/> Metal <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Otra Sustancia:
¿Desea hablar con el/la dentista en privado sobre algún problema?			
*** Sección para las damas solamente ***			<input type="radio"/> ¿Está embarazada? o ¿Quiere quedar embarazada? <input type="radio"/> ¿Está amamantando? <input type="radio"/> ¿Está tomando anticonceptivos orales?

Según mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo algún cambio en mi estado de salud o si mis medicamentos cambian, informaré al dentista y al personal en la próxima cita sin falta.

Firma del Paciente/Tutor : _____ Fecha: _____
Revisado por el Doctor: _____ Fecha: _____ Presión Arterial: _____

Updated: 02/2022

Revisión historial y hallazgos significativos: _____

ACTUALIZACIONES MEDICAS

Yo, he leído mi historial medico fechado: _____ y, confirmo que establece adecuadamente las condiciones pasadas y presentes .

Fecha	Las Excepciones	Firma del Paciente	Presión Arterial	Revisado el (Dr)
	_____ Ninguna			
	_____ Ninguna			
	_____ Ninguna			
	_____ Ninguna			
	_____ Ninguna			
	_____ Ninguna			

Autorización para la divulgación de información médica

Autorizo a LRMC a divulgar cualquier información médica pertinente para el pago de los gastos médicos incurridos por mí a los nombres de las compañías de seguros a continuación o a sus intermediarios, transportistas, agentes o agentes de facturación. Permiso que se use una copia de la autorización en lugar de la solicitud original de pago de beneficios de seguro médico, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta las asignaciones.

Compañía de seguros _____ Fecha _____ Número de póliza _____

Compañía de seguros _____ Fecha _____ Número de póliza _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ SSN: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta: _____ Número de teléfono: _____ Teléfono celular: _____

ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES DE SEGURO

Por la presente, asigno derechos bajo la póliza de seguro mencionada anteriormente a Little River Medical Center, incluidos, entre otros, seguros médicos y dentales mayores, beneficios hospitalarios, beneficios por enfermedad o beneficios por lesiones. En el caso de que un tercero sea considerado responsable de cualquier condición médica, cedo mis derechos bajo un asegurado, como el seguro de compensación del trabajador del seguro de automóvil y / o los pagos mínimos de hospital médico o discapacidad comúnmente conocidos como "PIP" de conformidad con la Sección 56-11 * 110 S.C. Código de Leyes, 1976, según enmendada, y el proceder de todas las reclamaciones resultantes de la responsabilidad del tercero pagadero por cualquier persona, empleador, compañía de seguros para o para mí hasta los montos totales de los cargos médicos / dentales incurridos. Además, garantizo y represento que cualquier seguro asignado es un seguro válido y está en vigor.

RESPONSABILIDAD PERSONAL

Entiendo expresamente que soy personalmente responsable de la totalidad de los gastos médicos / dentales / de salud conductual incurridos por mí para la atención y el tratamiento, ya sea para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Cualquier pago recibido por Little River Medical Center como resultado de la Autorización anterior para la Divulgación de Información Médica y Asignaciones de Beneficios de Seguro será crédito para las cuentas y, y yo seré personalmente responsable de cualquier saldo restante en cualquier Cuenta Médica, de Salud del Comportamiento o Dental de Little River Medical Center.

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS O INGRESOS DEL HOGAR

Siempre informaré a la oficina de Little River Medical Center de todos los cambios de seguro y cambios o actualizaciones de los ingresos del hogar. De lo contrario, puede resultar en (me) _____ pagar por los servicios prestados en su totalidad.

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO MÉDICO/DENTAL/CONDUCTUAL/FARMACÉUTICO

Autorizo a Little River Medical Center a brindar atención y tratamiento médico / dental según lo consideren apropiado bajo las instrucciones de mi médico / dentista de atención primaria y de los asociados, socios o designados que puedan ser seleccionados para realizar dicho tratamiento. Reconozco que durante el curso del tratamiento, pueden surgir condiciones que requieran procedimientos o servicios adicionales, y además autorizo y solicito que mi médico / dentista y / o asociados, socios, asistentes o designados que puedan ser seleccionados por él para realizar dichos procedimientos, los servicios estén en su mejor juicio profesional.

Con el propósito de avanzar en el conocimiento médico, doy mi consentimiento para la admisión de estudiantes de medicina, traductores y observadores de acuerdo con los socios ordinarios de este centro médico. Sí No Autorizo a los fabricantes farmacéuticos y sus auditores a acceder a mis registros de farmacia como parte de mi participación en su programa de asistencia al paciente, si participo en dicho programa. Entiendo que esta información puede incluir medicamentos e información de salud protegida. (_____) Iniciales

Yo, _____, dar su consentimiento para divulgar (a) toda mi información personal de atención médica (PHI) o (b) sólo lo siguiente PHI _____

Durante mi visita a Little River Medical Center (LRMC) a las siguientes personas y estas personas pueden recoger mi medicamento de LRMC Farmacia y recibir los resultados de PHI por teléfono de LRMC:

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de teléfono celular

Yo, _____, Tutor Legal del Menor de Edad, _____, dar permiso para que LRMC divulgue su PHI sobre el Niño Menor anterior durante (a) visita de atención médica, y/o (b) por teléfono a las siguientes personas, que también pueden recoger el medicamento del menor en la farmacia LRMC:

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de teléfono celular

Esta autorización estará en vigor y surtirá efecto hasta: _____ momento en el que expira esta autorización para divulgar esta información. Nadie ha hecho ni dado ninguna garantía o aseguramiento en cuanto a los resultados que se pueden obtener mediante cualquier tratamiento o procedimiento que se me haya entregado. Al firmar a continuación, el abajo firmante certifica que los párrafos anteriores han sido leídos en su totalidad y entendidos por el abajo firmante y que toda la información es verdadera.

Firma del paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Política de pago de Little River Medical Center

Para que podamos continuar atendiéndole a usted y a las necesidades de atención médica de su familia, le pedimos que cumpla con nuestra política de pago.

1. El pago es debido y pagadero en el momento en que se presta el servicio. Cualquier otro arreglo debe hacerse con el gerente de la oficina comercial, o designado, antes de ser visto.
2. Little River Medical Center se reserva el derecho de controlar las citas hasta que se hayan hecho los arreglos financieros.
3. Little River Medical Center presentará reclamos de seguro solo con ciertas compañías de seguros. La oficina principal discutirá su póliza con usted en el momento de su primera visita. Dependiendo de su compañía de seguros, es posible que se requiera un copago y / o porcentaje al momento del check-in.
4. Little River Medical Center no es responsable del seguimiento con las compañías de seguros. Cuando el pago de la compañía de seguros no se haya recibido dentro de los 45 días posteriores a la presentación, la parte responsable recibirá una declaración de que el pago se espera dentro de los 15 días.
5. Los pacientes que califican para nuestro programa de tarifas móviles son responsables del pago completo de los servicios o tarifas que se han establecido en una escala móvil.

6. El pago se espera en el momento del servicio.
¿Qué método(s) de pago(s) se utilizará(n)? Efectivo Comprobar Master Card

VISA

El abajo firmante reconoce haber leído y está de acuerdo con la política de pago anterior de Little River Medical Center.

Firma

Fecha

Nombre impreso



Reconocimiento de prácticas de privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto establece:

- nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.
• cómo podemos usar y divulgar la información de salud que conservamos sobre usted.
• sus derechos relacionados con su información personal de salud.
• nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
• Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
• las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso.
• la persona a contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y a obtener nuestro reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

Acuse de recibo del paciente

Yo, _____, por la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente Fecha

Firma del representante del paciente (si procede) Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente

In lieu of patient signature, I, _____, a staff member of Little River Medical Center, stated that _____ has been given our current Notice of Privacy Practices.

Date: _____

Derechos y responsabilidades del paciente

Little River Medical Center ha adoptado los siguientes derechos y responsabilidades del paciente. La salud y el bienestar de los pacientes dependen de un esfuerzo de colaboración entre los pacientes y sus proveedores de manera abierta y respetuosa. Se espera que los pacientes comprendan sus derechos y asuman ciertas responsabilidades.

Derechos del paciente:

Usted tiene derecho a:

Tratamiento

- Recibir tratamiento sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, orientación sexual o fuente de pago.
- Recibir información completa sobre su diagnóstico, plan de atención y pronóstico.
- Reciba atención de emergencia si la necesita.
- Participar en todas las decisiones sobre su tratamiento y plan de atención.
- Rechazar el tratamiento o negarse a participar en la investigación.
- Recibir continuidad de la atención por parte de su proveedor coordinando su atención con otros profesionales de la salud cuando sea necesario.
- Cambie de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles y seleccione una farmacia de su elección.

Privacidad y confidencialidad

- Privacidad mientras este en el centro médico y confidencialidad de toda la información y registros relacionados con su atención.
- Revise sus registros de salud sin cargo y obtenga una copia de su registro de salud por el cual el centro médico puede cobrar una tarifa razonable. No se le puede negar una copia únicamente porque no puede pagar.

Respeto mutuo y conducta

- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro.

Comunicación y Satisfacción

- Recibir toda la información que necesita para dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información incluya los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
- Busque ayuda, como una silla de ruedas o un intérprete, lo que facilita la obtención de atención.

Responsabilidades del paciente:

Por favor, asuma las siguientes responsabilidades:

Historial del paciente

- Proporcionar información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y otros asuntos relacionados con su salud.
- Informe los cambios inesperados en su afección al proveedor o otros profesionales responsables de su atención.

Entendiendo su atención

- Indique honestamente si entiende claramente su plan de atención y cuál es su papel en el plan.
- Siga el plan de atención recomendado por su equipo de atención médica.
- Si usted no comprende o no está de acuerdo con su plan de atención, hable con su proveedor o otro profesional de salud responsable de su atención.
- Asista a sus citas o llame para cancelar o reprogramar su cita.

Respeto mutuo y conducta

- Siga las reglas y regulaciones del centro médico con respecto a la atención y conducta del paciente (Ejemplos: No fumar, No armas, etc.).
- Ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal del centro médico.
- Sea respetuoso y use un lenguaje y un comportamiento apropiado con el personal del centro médico, otros pacientes y visitantes.

Obligaciones financieras

- Asegurese de que las obligaciones financieras de su atención se cumplan con prontitud, independientemente del tipo de seguro o otra cobertura de atención médica que tenga.
- Notifique a LRMC si le preocupan las dificultades financieras con las tarifas y los pagos para que se puedan explorar otros arreglos de pago y/o programas de asistencia financiera.

Nombre impreso del paciente/tutor

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Little River Medical Center

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor/revisión: 15/12/2023

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso de Practicas de Privacidad ('Aviso'), comuniquese con:

Oficial de Privacidad
Numero de telefono: 843-663-8002
P.O. Box 547 Little River, SC 29566

Seccion A: ¿Quien seguira este aviso?

Este Aviso describe las Practicas de Privacidad de Little River Medical Center (en adelante, el "Proveedor") y las de:

Cualquier miembro de la fuerza laboral autorizado para crear informacion medica conocida como Informacion de Salud Protegida (PHI) que puede usarse para fines tales como Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica. Estos miembros de la fuerza laboral pueden incluir:

- Todos los departamentos y unidades del Proveedor.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios.
- Todos los empleados, personal y otro personal del Proveedor.
- Cualquier entidad que preste servicios bajo la direccion y el control del Proveedor seguira los terminos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir informacion medica entre ellos para fines de tratamiento, pago o operaciones de atencion medica descritos en este Aviso.

Seccion B: Nuestro compromiso con respecto a la informacion medica

Entendemos que la informacion medica sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su informacion medica. Creamos un registro de la atencion y los servicios que recibe en el Proveedor. Necesitamos este registro para brindarle una atencion de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atencion generados o mantenidos por el Proveedor, ya sea que hayan sido realizados por el personal del Proveedor o por su medico personal.

Este Aviso le informara sobre las formas en que podemos usar y divulgar su informacion medica. Tambien describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgacion de informacion medica.

Estamos obligados por ley a:

- Asegurese de que la informacion medica que lo identifica se mantenga privada;
- Entregarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y practicas de privacidad con respecto a su informacion medica; y
- Siga los terminos del Aviso que esta actualmente en vigor.

Seccion C: Como podemos usar y divulgar su informacion medica

Las siguientes categorias describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la informacion medica. Para cada categoria de usos o divulgaciones explicaremos a que nos referimos y trataremos de dar algunos ejemplos. No se enumeraren todos los usos o divulgaciones de una categoria. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar informacion caeran dentro de una de las categorias.

- **Tratamiento.** Podemos usar su informacion medica para brindarle tratamiento o servicios medicos. Podemos divulgar informacion medica sobre usted a medicos, enfermeras, tecnicos, estudiantes de atencion medica o otro personal del Proveedor que este involucrado en el cuidado de usted en el Proveedor. Por ejemplo, es posible que un medico que lo trate por una pierna rota necesite saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede retrasar el proceso de curacion. Ademas, es posible que el medico deba decirle al dietista si tiene diabetes para que podamos organizar las comidas adecuadas. Los diferentes departamentos del Proveedor tambien pueden compartir informacion medica sobre usted para coordinar diferentes elementos, como recetas, analisis de laboratorio y radiografias. Tambien podemos divulgar informacion medica sobre usted a personas ajenas al Proveedor que puedan estar involucradas en su atencion medica despues de que deje el Proveedor.
- **Pago.** Podemos usar y divulgar informacion medica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en el Proveedor puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado a usted, a una compania de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud informacion sobre la cirugia que recibio en el Proveedor para que su plan de salud nos pague o le reembolse el procedimiento. Tambien podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento recetado para obtener una aprobacion previa o para determinar si su plan cubrira el tratamiento.
- **Operaciones de atencion medica.** Podemos usar y divulgar su informacion medica para las operaciones del Proveedor. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el Proveedor y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atencion de calidad. Por ejemplo, podemos usar informacion medica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. Tambien podemos combinar informacion medica sobre muchos pacientes del Proveedor para decidir que servicios adicionales debe ofrecer el Proveedor, que servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Tambien podemos divulgar informacion a medicos, enfermeras, tecnicos, estudiantes de atencion medica y otro personal del Proveedor con fines de revision y aprendizaje. Tambien podemos combinar la informacion medica que tenemos con la informacion medica de otros proveedores para comparar como nos esta yendo y ver donde podemos hacer mejoras en la atencion y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la informacion que lo identifica de este conjunto de informacion medica para que otros puedan usarla para estudiar la atencion medica y la prestacion de atencion medica sin conocer la identidad de un paciente.
- **Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar informacion medica para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atencion medica en el Proveedor.
- **Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar informacion medica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interes.

- **Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- **Actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar su información para ponernos en contacto con usted en un esfuerzo por recaudar dinero para el Proveedor y sus operaciones. Es posible que divulguemos información a una fundación relacionada con el Proveedor para que la fundación pueda ponerse en contacto con usted para recaudar dinero para el Proveedor. Solo divulgaríamos información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el Proveedor. Si no desea que el Proveedor se comuniquen con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificarnos por escrito y se le dará la oportunidad de "Optar por no participar" de estas comunicaciones.
- **Autorizaciones requeridas**
No utilizaremos su información médica protegida para ningún propósito que no esté específicamente permitido por las leyes o regulaciones federales o estatales sin su autorización por escrito, esto incluye el uso de su PHI para actividades de marketing o ventas.
- **Emergencias.** Podemos usar o divulgar su información médica si necesita tratamiento de emergencia o si la ley nos exige tratarlo, pero no podemos obtener su consentimiento. Si esto sucede, intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de tratarlo.
- **Notas de psicoterapia**
A las notas de psicoterapia se les otorgan protecciones estrictas bajo varias leyes y regulaciones. Por lo tanto, divulgaremos las notas de psicoterapia solo con su autorización por escrito, con excepciones limitadas.
- **Barreras de comunicación.** Podemos usar y divulgar su información de salud si no podemos obtener su consentimiento debido a barreras de comunicación sustanciales, y creemos que usted querría que lo tratáramos si pudiéramos comunicarnos con usted.
- **Directorio de proveedores.** Es posible que incluyamos cierta información limitada sobre usted en el directorio de proveedores mientras sea paciente del proveedor. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el Proveedor, su condición general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, a excepción de su afiliación religiosa, también puede ser divulgada a las personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino, incluso si no preguntan por usted por su nombre. Esto es para que su familia, amigos y clérigos puedan visitarlo en el Proveedor y, en general, saber cómo le va.
- **Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica y también podemos dar información a alguien que ayude a pagar su atención, a menos que usted se oponga por escrito y nos pida que no proporcionemos esta información a personas específicas. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que ayude en un esfuerzo de socorro en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

- **Investigacion.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su informacion medica con fines de Investigacion. Por ejemplo, un proyecto de Investigacion puede implicar comparar la salud y la recuperacion de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro, para la misma afeccion. Sin embargo, todos los proyectos de investigacion estan sujetos a un proceso especial de aprobacion. Este proceso evalua un proyecto de investigacion propuesto y su uso de la informacion medica, tratando de equilibrar las necesidades de investigacion con la necesidad de privacidad de los pacientes de su informacion medica. Antes de usar o divulgar informacion medica para investigacion, el proyecto habra sido aprobado a traves de este proceso de aprobacion de investigacion, pero podemos, sin embargo, divulgar informacion medica sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigacion, por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades medicas especificas, siempre y cuando la informacion medica que revisen no salga del Proveedor. Por lo general, casi siempre le pediremos su permiso especifico si el investigador lo desea tener acceso a su nombre, direccion o otra informacion que revele quien es usted o quien participara en su atencion en el Proveedor.
- **Lo exija la ley.** Divulgaremos su informacion medica cuando asi lo exija la ley federal, estatal o local.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar informacion medica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del publico o de otra persona. Cualquier divulgacion, sin embargo, solo seria a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Uso del correo electronico.**
El correo electronico solo se utilizara siguiendo las políticas y practicas actuales de esta Organizacion y con su permiso. Se recomienda el uso de correo electronico seguro y encriptado.

Seccion D: Situaciones Especiales

- **Donacion de organos y tejidos.** Si usted es un donante de organos, podemos divulgar informacion medica a organizaciones que manejan la obtencion de organos o el trasplante de organos, ojos o tejidos, o a un banco de donacion de organos, segun sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de organos o tejidos.
- **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar informacion medica sobre usted segun lo requieran las autoridades del comando militar. Tambien podemos divulgar informacion medica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Compensacion de Trabajadores.** Es posible que divulguemos informacion medica sobre usted para programas de compensacion laboral o similares.
- **Riesgos para la salud publica.** Es posible que divulguemos informacion medica sobre usted para actividades de salud publica. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
 - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - informar sobre nacimientos y defunciones;
 - para denunciar el abuso o la negligencia infantil;
 - para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando;
 - notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afeccion; y
 - Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia domestica. Solo haremos esta divulgacion

- si usted esta de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.
- **Actividades de supervision de la salud.** Podemos divulgar informacion medica a una agencia de supervision de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervision incluyen, por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atencion medica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si esta involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar informacion medica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Tambien podemos divulgar informacion medica sobre usted en respuesta a una citacion, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la informacion solicitada.
- **Aplicacion de la ley.** Podemos divulgar informacion medica si asi lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
 - en respuesta a una orden judicial, citacion, orden judicial, citacion o proceso similar;
 - para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - sobre la victima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
 - sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
 - sobre la conducta delictiva del Proveedor; y
 - en circunstancias de emergencia, para denunciar un delito; la ubicacion del delito o de las victimas; o la identidad, descripcion o ubicacion de la persona que cometio el delito.
- **Medicos Forenses, Medicos Forenses y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar informacion medica a un medico forense o medico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Tambien podemos divulgar informacion médica sobre los pacientes del Proveedor a los directores de funerarias segun sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
- **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.** Podemos divulgar informacion medica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de proteccion para el presidente y otros.** Podemos divulgar informacion medica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar proteccion al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o realizar investigaciones especiales.
- **Internos.** Si usted es un recluso de una institucion correccional o esta bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar informacion medica sobre usted a la institucion correccional o al oficial de la ley. Esta divulgacion seria necesaria para que la institucion le brinde atencion medica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para la seguridad de la institucion correccional.

Seccion E: Sus derechos con respecto a su informacion medica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la informacion medica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho de acceso, inspeccion y copia.** Usted tiene derecho a tener acceso oportuno para inspeccionar, recibir copias y enviar copias directas a terceros de la informacion medica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atencion, con algunas excepciones. Por lo general, esto incluye registros medicos y de facturacion, pero es posible que no incluya notas de psicoterapia. Si solicita una copia de la informacion, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envio por correo u otros suministros asociados con su solicitud.
- Podemos denegar su solicitud de inspeccionar, recibir o enviar copias directas de su informacion medica en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la informacion medica, en algunos casos, puede solicitar que se revise la denegacion. Otro profesional de la salud con licencia elegido por el Proveedor revisara su solicitud y la denegacion. La persona que lleve a cabo la revision no sera la persona que rechazo su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revision.
- **Derecho a enmendar.** Si cree que la informacion medica que tenemos sobre usted es incorrecta o esta incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificacion durante el tiempo que la informacion sea conservada por o para el Proveedor. Ademas, debe proporcionar una razon que respalde su solicitud.
- Podemos denegar su solicitud de enmienda si no esta por escrito o no incluye una razon para respaldar la solicitud. Ademas, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos informacion que:
 - No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la informacion ya no este disponible para realizar la modificacion;
 - No es parte de la informacion medica mantenida por o para el Proveedor;
 - No es parte de la informacion que se le permitiria inspeccionar y copiar; o
 - Es preciso y completo.
- **Derecho a una rendicion de cuentas de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una "Contabilidad de Divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su informacion medica. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en que forma desea la contabilidad (por ejemplo, en papel o electronicamente, si esta disponible). La primera contabilidad que solicite dentro de un periodo de 12 meses sera gratuita. En el caso de listas adicionales, es posible que le cobremos los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restriccion o limitacion de la informacion medica que usamos o divulgamos sobre usted para el pago o las operaciones de atencion medica. Tambien tiene derecho a solicitar un limite en la informacion medica que divulgamos sobre usted a alguien que este involucrado en su atencion o en el pago de su atencion, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podria solicitar que no usemos ni divulguemos informacion sobre una cirugia a la que se sometio. En su solicitud, debe decirnos que informacion desea limitar, si desea limitar nuestro uso, divulgacion o ambos, y a quien desea que se apliquen los limites (por ejemplo, divulgaciones a su conyuge). No estamos obligados a aceptar este tipo de solicitudes. No cumpliremos con ninguna solicitud para restringir el uso o el acceso a su informacion medica con fines de tratamiento.

Tambien tiene derecho a restringir el uso y la divulgacion de su informacion medica sobre un servicio o articulo por el que haya pagado de su bolsillo, para fines de pago (es decir, planes de salud) y operativos (pero no de tratamiento), si ha pagado completamente su factura por este articulo o servicio. No aceptaremos su solicitud de este tipo de restriccion hasta que haya pagado completamente su factura (saldo cero) por este articulo o servicio. No estamos obligados a notificar a otros proveedores de atencion medica sobre estas restricciones, eso es su responsabilidad.

- **Derecho a recibir notificacion de un incumplimiento.** Estamos obligados a notificarle por correo de primera clase o por correo electronico (si ha indicado su preferencia por recibir informacion por correo electronico), de cualquier violacion de la Informacion de Salud Protegida No Asegurada tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso, a mas tardar 60 dias despues del descubrimiento de la violacion. "Informacion de salud protegida no asegurada" es informacion que no esta protegida mediante el uso de una tecnologia o metodologia identificada por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para hacer que la informacion de salud protegida sea inutilizable, ilegible e indescifrable para usuarios no autorizados. El aviso debe incluir la siguiente informacion:
 - una breve descripcion de la infraccion, incluida la fecha de la infraccion y la fecha de su descubrimiento, si se conoce;
 - una descripcion del tipo de informacion medica protegida no asegurada involucrada en la infraccion;
 - medidas que debe tomar para protegerse de posibles daños resultantes de la infraccion;
 - una breve descripcion de las acciones que estamos tomando para investigar la infraccion, mitigar las perdidas y protegernos contra nuevas infracciones;
 - informacion de contacto, incluido un numero de telefono gratuito, una direccion de correo electronico, un sitio web o una direccion postal que le permita hacer preguntas u obtener informacion adicional.

En el caso de que la violacion involucre a 10 o mas pacientes cuya informacion de contacto este desactualizada, publicaremos un aviso de la violacion en la pagina de inicio de nuestro sitio web o en los principales medios impresos o de difusion. Si la violacion involucra a mas de 500 pacientes en el estado o jurisdiccion, enviaremos avisos a los principales medios de comunicacion. Si la violacion involucra a mas de 500 pacientes, estamos obligados a notificar inmediatamente al Secretario. Tambien estamos obligados a presentar un informe anual al Secretario de una violacion que involucre a menos de 500 pacientes durante el año y mantendremos un registro escrito de las violaciones que involucren a menos de 500 pacientes.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos medicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o en papel o por correo electronico. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar como o donde desea que nos comuniquemos con usted.
- **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este Aviso electronicamente, aun tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web. <Inserte el enlace del sitio web, si corresponde.>

Para ejercer los derechos anteriores, comuníquese con la persona que figura en la parte superior de este Aviso para obtener una copia del formulario correspondiente que deberá completar para realizar su solicitud.

Seccion F: Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado entre en vigencia para la informacion medica que ya tenemos sobre usted, asi como para cualquier informacion que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual. El Aviso contendra en la primera pagina, en la esquina superior derecha, la fecha de entrada en vigencia. Además, cada vez que se registre o sea admitido por el Proveedor para recibir tratamiento o servicios de atencion medica como paciente hospitalizado o ambulatorio, le ofreceremos una copia del Aviso vigente en vigor.

Seccion G: Reclamaciones

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Proveedor o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos;

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

Para presentar una queja ante el Proveedor, comuníquese con la persona que aparece en la primera pagina de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le penalizara por presentar una queja.

Seccion H: Otros usos de la informacion medica

Otros usos y divulgaciones de informacion medica que no esten cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizaran solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su informacion medica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su informacion medica por las razones cubiertas por su autorizacion por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgacion que ya hayamos realizado con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atencion que le brindamos.

Seccion I: Arreglo de Atencion Medica Organizada

El Proveedor, los miembros contratistas independientes de su personal medico (incluido su medico) y otros proveedores de atencion medica afiliados al Proveedor han acordado, segun lo permita la ley, compartir su informacion de salud entre ellos con fines de tratamiento, pago o operaciones de atencion medica. Esto nos permite abordar mejor sus necesidades de atencion medica.

Fecha de revision: 03 de marzo de 2013, para cumplir con las Reglas de Privacidad

Omnibus de HIPAA. Fecha de entrada en vigor original: 14 de