



## Formulario de registro de pacientes

Por favor completa toda la información

Día de la cita: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

La raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleado: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico referente: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección de farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono de farmacia: \_\_\_\_\_ Número de tarjeta RX: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono principal de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

### Seguro Primario **Por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro.**

Aseguradora: \_\_\_\_\_ Identificación de política#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia del seguro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono de compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de los subscriptores: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_ Teléfono de suscriptores: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de los suscriptores: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Empleador del subsciptor: \_\_\_\_\_

### Seguro secundario **Por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro.**

Aseguradora: \_\_\_\_\_ Identificación de política#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia del seguro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono de compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de los subscriptores: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha





Phone 732.702.1039

Fax 732.548.7408

187 NJ-36, #230

West Long Branch, NJ 07764

## Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI)

### Uso y divulgación de PHI

Su PHI será utilizada por Allied Digestive Health, o divulga a otros terceros autorizados, con el propósito de tratamiento, obtener pago o respaldar las operaciones de atención médica diarias de la práctica.

### Solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información

Puede solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información médica protegida. Allied Digestive Health puede acordar restringer el uso o divulgación de su información médica protegida. Si ADH está de acuerdo con su solicitud, la restricción será vinculante para la práctica en su conjunto. El uso y la divulgación no autorizados de PHI es una violación de una restricción acordada y será una violación de los estándares federales de privacidad.

### Doy mi consentimiento para ser contactado de la siguiente manera:

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_

No llame a este número

Está bien dejar un mensaje para devolver la llamada **solamente**

Está bien dejar un mensaje **con resultados e información detallada, incluida la facturación**

Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

No llame a este número

Está bien dejar un mensaje para devolver la llamada **solamente**

Está bien dejar un mensaje **con resultados e información detallada, incluida la facturación**

Otras personas autorizadas a recibir mi información médica:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Revocación del Consentimiento

Puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información médica protegida en cualquier momento. Puede revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso de divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.

He revisado este formulario de consentimiento y por la presente doy mi permiso a Allied Digestive Health para usar y divulgar mi Información de salud protegida de acuerdo con estas pautas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o tutor

## Declaración de responsabilidad financiera del paciente

Gracias por elegir nuestra práctica para sus necesidades de atención médica. Nuestro objetivo es brindarle servicios de atención médica de la más alta calidad posible. Le pedimos que lea y comprenda sus responsabilidades financieras antes de recibir los servicios.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

- Entiendo que soy responsable de conocer las disposiciones de la póliza y las reglas de mi (s) cobertura (s) de seguro y que soy el único responsable de obtener las referencias necesarias antes de mi cita. No obtener y presentar una referencia válida puede resultar en que yo sea financieramente responsable de todos los servicios prestados.

**Tenga en cuenta: La receta de un médico NO es una remisión válida.**

- Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad que no cubra mi seguro, incluidos, entre otros, copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos.
- Entiendo que si no tengo un seguro médico válido, soy financieramente responsable de todos los honorarios por la prestación de servicios médicos y que, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado, se espera el pago de estos honorarios en su totalidad en el momento de los servicios. se rinden.
- Entiendo que no remitir el pago de cualquier cantidad que se considere responsabilidad del paciente puede resultar en que mi cuenta sea referida para la actividad de cobro y que seré responsable financieramente de cualquier cargo adicional incurrido como resultado
- Proporcionaré todas las tarjetas de identificación del seguro vigentes (requerimos ambos lados de su tarjeta de seguro) en el momento del servicio, así como una identificación con fotografía actual.
- Entiendo que se me cobrará \$ 35 por cualquier cheque devuelto por mi banco por cualquier motivo.

**Con mi firma a continuación, reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con estos términos:**

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

## Asignación de Beneficios

Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, incluido Medicare, a realizar el pago directamente a Allied Digestive Health por cualquier servicio prestado a mí o a mis dependientes cubiertos de cualquier cantidad pago a mí para el reembolso de cualquier gasto médico incurrido en esta instalación. **Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable del pago de todos los servicios, independientemente de la cobertura de seguro que pueda tener.** Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

## Divulgación de Información y Registros Médicos

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier Información médica protegida (PHI) a cualquier compañía de seguros involucrada, u otros terceros autorizados involucrados en mi caso, a menos que haya indicado específicamente lo contrario.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

## Acuerdo de Tarjeta Guardada

Monto máximo de cargo en un año: \$1,500.00

Esto no es un recibo. Este es un acuerdo para pagar los servicios una vez que se haya determinado la responsabilidad del paciente. Los términos de este acuerdo se describen a continuación.

### TÉRMINOS DEL ACUERDO

Fecha efectiva:

Fecha de caducidad:

Acepto permitir que la práctica cargue en mi tarjeta de crédito durante el período de vigencia el saldo adeudado, según lo determine la decisión final adjudicación de todas las reclamaciones incluidas en este contrato. Acepto el monto de adjudicación final según lo definido por mi seguro compañía, con las excepciones que se indican a continuación. Acepto estos cargos bajo las siguientes condiciones:

- Los cargos se realizarán el recibir, o dentro de unos días la explicación final de beneficios de mi compañía de seguros
- El monto cargado a mi tarjeta no excederá el monto máximo en dólares acordado
- Mi tarjeta de crédito será almacenada por Elavon Inc., un procesador seguro de tarjetas de crédito afiliado a U.S. Bank que está asociado con el práctica para cobrar pagos
- Recibiré una factura de la práctica por cualquier saldo superior al dólar máximo del que soy responsable
- Recibiré un recibo por cualquier monto cargado a mi tarjeta una vez ejecutada la transacción

Acepto

Renuncio

Fecha de visita:

Importe máximo de carga: \$1,500

Fecha efectiva: 01/31/23

Fecha de caducidad: 01/31/24

Acepto permitir que Allied Digestive Health cargue en mi tarjeta de crédito cualquier monto no cubierto por el seguro (hasta el monto máximo de cargo), por todos los servicios brindados por Allied Digestive Health a los pacientes en o después de la fecha de vigencia y antes la fecha de expiración. Yo reconozco que:

- Se cargará a mi tarjeta de crédito al revisar el vencimiento final de los beneficios de cada compañía de seguros correspondiente por los servicios prestados mientras este acuerdo esté vigente
- Una vez que se haya cargado un total de \$1,500.00 a mi tarjeta de crédito según este acuerdo, Allied Digestive Health me facturará directamente cualquier monto que no esté cubierto por el seguro
- Mi tarjeta de crédito será almacenada por Elevon, Inc., un procesador seguro de tarjetas de crédito afiliado a U.S. Bank que se asocia con Allied Digestive Health para cobrar los pagos
- Recibiré recibos que detallen el monto cobrado
- Puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento comunicándome con Allied Digestive Health; cualquier monto impago relacionado con los servicios prestados mientras este acuerdo esté vigente y que no esté cubierto por el seguro se me facturará directamente a mí

---

Signature of Patient or Guardian

---

Today's Date

---

Printed name of Patient or Guardian

## Formulario de consentimiento del paciente para la HIPAA

### Uso y divulgación de PHI

Su PHI será utilizada por Allied Digestive Health, o divulgada a otros terceros autorizados, con el propósito de tratamiento, obtener pago o respaldar las operaciones de atención médica diarias de la práctica.

### Solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de PHI

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) permite el uso de su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No se requiere que Allied Digestive Health esté de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, la restricción será vinculante para la práctica en su conjunto.

#### Al firmar este formulario, entiendo que:

- Mi información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago o atención médica operaciones.
- Allied Digestive Health se reserva el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y publicará cualquier aviso revisado en su área de registro o en su sitio web.
- Puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones.
- Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que usted haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida y que nos comuniquemos con nosotros de la siguiente manera:

Teléfono primario # \_\_\_\_\_

Ok para dejar un mensaje de correo de voz para **devolver solo la llamada**

Ok para dejar un mensaje de correo de voz **con resultados e información detallada, incluida la facturación.**

Teléfono secundario # \_\_\_\_\_

Ok para dejar un mensaje de correo de voz para **devolver solo la llamada**

Ok para dejar un mensaje de correo de voz **con resultados e información detallada, incluida la facturación.**

Al proporcionar los números de teléfono anteriores, doy mi consentimiento para que me envíen llamadas telefónicas o mensajes de texto de Allied Digestive Health, sus prácticas afiliadas y / o terceros que actúen en nombre de Allied Digestive Health a los números de teléfono que he proporcionado anteriormente para una cita, recordatorios o cancelaciones, recordatorios de facturación, pagos y cuentas, encuestas de satisfacción del paciente, invitaciones para participar en aplicaciones móviles que ayudan con mi tratamiento y otros mensajes informativos. Estas llamadas y mensajes de texto pueden realizarse utilizando un sistema de marcación telefónica automática o voz pregrabada o artificial.



Phone 732.702.1039  
Fax 732.709.9055

187 NJ-36 #230  
West Long Branch, NJ 07764

**Otras personas autorizadas a recibir mi información médica:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Revocación del consentimiento**

Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva y cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.

He revisado este formulario de consentimiento y por la presente doy mi permiso a Allied Digestive Health para usar y divulgar mi Información de salud protegida de acuerdo con estas pautas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante del paciente

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta



Phone 732.702.1039

Fax 732.548.7408

187 NJ-36, Suite 230

West Long Branch, NJ 07764

---

## Políticas de la oficina

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

### Política de cancelación

Así como todos nuestros pacientes son valiosos para nosotros, también lo es nuestro tiempo con ellos. Solicitamos que las citas para visitas al consultorio y procedimientos se cancelen al menos 72 horas antes de la cita, a menos que sea por razones médicas, para permitir que otros pacientes utilicen este tiempo. Si no se respeta esta política, se puede agregar a su cuenta una tarifa de cancelación de \$50 por visitas al consultorio y una tarifa de cancelación de \$100 por procedimientos (su seguro no cubrirá esta tarifa). Después de 3 citas perdidas, es posible que ya no reciba tratamiento en nuestra oficina.

### Derivaciones

Es su responsabilidad obtener una derivación si lo requiere su seguro Y se debe pagar al momento del servicio. Si no tiene su derivación, reprogramaremos su cita. Este es un requisito de SU compañía de seguros.

### Copago

Si su seguro exige un copago, éste deberá pagarse en el momento del servicio. Tenga en cuenta que aceptamos efectivo, tarjetas de crédito o cheques. Hay un cargo de \$20.00 por cheques devueltos.

### Declaraciones

Es su responsabilidad verificar las reglas y regulaciones de su seguro con respecto a los procedimientos. El consultorio no tiene control sobre lo que su seguro permitirá o no. El consultorio no es responsable de ningún cargo por médicos, instalaciones, anestesia, laboratorio o patología que no esté cubierto por su seguro. Le recomendamos ponerse en contacto con su seguro para obtener aclaraciones sobre la cobertura de su seguro.

---

Firma del paciente o tutor

---

Fecha

---

Nombre del padre o tutor en letra de imprenta

---

Relación

## Publicación de Registros' Autorización para el uso y divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

**Solicito que se divulguen los registros / información médica protegida de la siguiente persona:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / / \_\_\_\_\_

Teléfono: - - Soltera u otro nombre : \_\_\_\_\_

**Por favor, divulgue los registros medicos / información de:**

Nombre (s) del médico: \_\_\_\_\_

Práctica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Autorizo que la siguiente información medica (marque todas las que correspondan) sea divulgada:**

Todos  Informes Operativos  Informes Patología  Resultados de Laboratorio  Informes de Radiología  Registros Hospitalarios

Otros fechas específicas de tratamiento o procedimientos: \_\_\_\_\_

**Envíe la información o los registros medicos solicitados a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirrección: \_\_\_\_\_

**Firma Autorización:**

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Entiendo que mi revocación debe ser por escrito y dirigida al Oficial de Privacidad de la instalación mencionada anteriormente autorizada para hacer esta divulgación.
- Entiendo que la revocación no se aplica a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en dos meses o en la fecha indicada \_\_\_\_\_.
- Entiendo que cualquier divulgación de información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Entiendo que no necesito firmar esta autorización para asegurar el tratamiento.
- Entiendo que puedo inspeccionar y / o copiar la información que se divulgará.
- Entiendo que la autorización es voluntaria. Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Allied Digestive Health, quien está autorizado a divulgar esta información y solicitar una copia de esta autorización.
- Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con el tratamiento por abuso de drogas y alcohol, salud mental, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual, información sobre tuberculosis o genética. ESTA INFORMACIÓN TAMBIÉN SERÁ DIVULGADA A MENOS QUE USTED INDIQUE; NO LIBERAR (Indicar con una marca de verificación).

**Entiendo, consiento y acepto estas declaraciones:**

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Autoridad de los representantes para actuar en nombre de la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la Testigo



## 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, REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso, que describe nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad de la información de salud de nuestro grupo médico, su personal médico y afiliados. proveedores de atención médica que realizan conjuntamente servicios de atención médica con nuestro grupo médico, incluidos médicos y grupos de médicos que brindan servicios en nuestras instalaciones. También estamos obligados a notificar a las personas afectadas en caso de una violación no segura de la información de salud protegida. Siempre se publicará una copia de nuestro aviso actual en todos los puntos de registro y/o admisión, incluso en el área de recepción principal. También podrá obtener sus propias copias accediendo a nuestro sitio web en [www.allieddigestivehealth.com](http://www.allieddigestivehealth.com), en nuestro Departamento de Gestión de Documentos o con el Oficial de Privacidad al [844-932-6675](tel:844-932-6675) o en 187 Hwy 36, S/230, West Long Branch, NJ 07764. Por ley, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tengamos vigente en ese momento.

### QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD ESTÁ PROTEGIDA

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información que recopilamos sobre usted mientras brindamos servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de información de salud protegida incluyen información que indica que usted es paciente de nuestro grupo médico o que recibe servicios relacionados con la salud en nuestras instalaciones, información sobre su condición de salud, información genética o información sobre sus beneficios de atención médica bajo un plan de seguro, cada uno cuando se combina con información de identificación, como su nombre, dirección, número de seguro social o número de teléfono.

### REQUISITO DE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Generalmente, obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información de salud o compartirla con otras personas fuera de nuestro grupo médico. Hay ciertas situaciones en las que debemos obtener su autorización por escrito antes de usar su información de salud o compartirla, como por ejemplo:

- **Notas sobre la mayoría de los usos de la psicoterapia:** cuando corresponda.
- **Comercialización:** No podemos divulgar su información de salud con fines de comercialización si nuestro grupo médico recibirá un pago financiero directo o indirecto que no esté razonablemente relacionado con el costo de nuestro grupo médico de realizar la comunicación. No se requiere autorización por escrito para comunicaciones realizadas personalmente o comunicaciones en forma de obsequio promocional de valor nominal.
- **Venta de Información de Salud Protegida:** No venderemos su información de salud protegida a terceros a menos que lo permita HIPAA. La venta de información de salud protegida, sin embargo, no incluye una divulgación para propósitos de salud pública, para propósitos de investigación donde nuestro grupo médico solo recibirá un pago por nuestros costos para preparar y transmitir la información de salud, para propósitos de tratamiento y pago, para la venta, transferencia, fusión o consolidación de todo o parte de nuestro grupo médico, para que un socio comercial o su subcontratista realice funciones de atención médica en nombre de nuestro grupo médico, o para otros fines según lo requiera y permita la ley.

## AUTORIZACIÓN ESCRITA

Si nos proporciona una autorización por escrito, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya nos hayamos basado en ella. Para revocar una autorización escrita, escriba a nuestra Oficial de Privacidad, Beverly Coleman; a quien se puede contactar al teléfono 732-702-1039 ext. 1055 o por correo electrónico [bcoleman@allieddigestivehealth.com](mailto:bcoleman@allieddigestivehealth.com). También puede iniciar la transferencia de sus registros a otra persona completando un formulario de autorización por escrito.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Hay algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización por escrito antes de usar su información de salud o compartirla con otros, que incluyen:

### Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica.

- **Tratamiento:** Podemos compartir su información de salud con proveedores del grupo médico que participan en su atención y ellos, a su vez, pueden usar esa información para diagnosticarlo o tratarlo. Un proveedor de nuestro grupo médico puede compartir su información de salud con otro proveedor para determinar cómo diagnosticarlo o tratarlo. Su proveedor también puede compartir su información de salud con otro proveedor a quien haya sido derivado para recibir atención médica adicional.
- **Pago:** Podemos usar su información de salud o compartirla con otros para poder obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre usted con su compañía de seguro médico para obtener un reembolso después de haberlo tratado. En algunos casos, podemos compartir información sobre usted con su compañía de seguro médico para determinar si cubrirá su tratamiento.
- **Operaciones de Atención Médica:** Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en cuanto al cuidado que le brindan, o para educar a nuestro personal sobre cómo mejorar la atención que le brindan.

**Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios.** Mientras le brindamos tratamiento, podemos usar su información de salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento, servicios o resurtidos o para recomendar posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Socios Comerciales.** Podemos divulgar su información de salud a contratistas, agentes y otros "socios comerciales" que necesiten la información para ayudarnos a obtener pagos o llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con una compañía de facturación que nos ayuda a obtener el pago de su compañía de seguros, o podemos compartir su información médica con una firma de contabilidad o una firma de abogados que nos brinde asesoramiento profesional. Los socios comerciales están obligados por ley a cumplir con las regulaciones de HIPAA. Si divulgamos su información de salud a un socio comercial, tendremos un contrato escrito para garantizar que nuestro socio comercial también proteja la privacidad de su información de salud. Si nuestro socio comercial divulga su información de salud a un subcontratista o proveedor, el socio comercial tendrá un contrato escrito para garantizar que el subcontratista o proveedor también proteja la privacidad de la información.

**Amigos y familiares designados para participar en su atención.** Si no ha expresado una objeción, podemos compartir su información de salud con un familiar, pariente o amigo personal cercano que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, incluso después de su muerte.

**Comprobante de vacunación.** Podemos divulgar pruebas de la vacunación de un niño a una escuela, sobre un niño que es estudiante o futuro estudiante de la escuela, según lo exige la ley estatal u otra ley, si un padre, tutor, otra persona que actúa in loco parentis o un menor emancipado, nos autoriza a hacerlo, pero no necesitamos autorización por escrito. La autorización podrá ser oral.

### Emergencias o necesidad pública.

- **Emergencias o según lo requiera la ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud si necesita tratamiento de emergencia o si la ley nos exige tratarlo. Podemos usar o divulgar su información de salud si así lo exige la ley, y le notificaremos sobre estos usos y divulgaciones si la ley lo exige.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios de salud pública autorizados (o una agencia gubernamental extranjera que colabore con dichos funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública conforme a la ley, incluido el mantenimiento de registros vitales, como nacimientos y defunciones, notificar a una persona sobre posible exposición a una enfermedad transmisible, notificar a una persona sobre un riesgo potencial de propagar o contraer una enfermedad o condición, informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos, notificar a las personas si un producto o dispositivo que puedan estar usando ha sido retirado del mercado y notificar a su empleador bajo circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo o vigilancia médica.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podemos divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública autorizada para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar su información de salud a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales monitorean el funcionamiento del sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento de los programas regulatorios gubernamentales y las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y Disputas:** Podemos divulgar su información de salud si así nos lo ordena un tribunal o tribunal administrativo que esté a cargo de una demanda u otra disputa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento de evidencia u otra solicitud legal de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se obtiene la aprobación judicial o de otro tipo o la autorización necesaria.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley por ciertos motivos, como cumplir con órdenes judiciales, ayudar en la identificación de fugitivos o la ubicación de personas desaparecidas, si sospechamos que su muerte fue el resultado de un delito, o si es necesario, para informar un delito que ocurrió en nuestra propiedad o fuera del sitio en una emergencia médica.
- **Para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad:** Podemos usar su información de salud o compartirla con otros cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o del público. En tales casos, solo compartiremos su información con alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza. También podemos divulgar su información de salud a agentes del orden si nos informa que participó en un delito violento que pudo haber causado daño físico grave a otra persona (a menos que admitiera ese hecho mientras estaba en terapia), o si determinamos que escapó de custodia legal (como una prisión o institución de salud mental).
- **Actividades de Seguridad e Inteligencia Nacional o Servicios de Protección:** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados que llevan a cabo actividades de inteligencia y seguridad nacional o brindan servicios de protección al Presidente u otros funcionarios importantes.
- **Militares y Veteranos:** Si está en las Fuerzas Armadas, podemos divulgar información de salud sobre usted a las autoridades de comando militar correspondientes para actividades que consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar. También podemos divulgar información de salud sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Reclusos e Instituciones Correccionales:** Si es un recluso o está detenido por un agente de la ley, podemos divulgar su información de salud a los funcionarios de prisiones o agentes del orden si es necesario para brindarle atención médica o para mantener la seguridad y el buen orden en el lugar donde está confinado. Esto incluye compartir información que sea necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros reclusos o personas involucradas en la supervisión o el transporte de reclusos.
- **Indemnización por Accidente de Trabajo:** Podemos divulgar su información de salud para indemnización por accidente de trabajo o programas similares que brinden beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

- **Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** En caso de su muerte, podemos divulgar su información de salud a un médico forense o examinador médico. También podemos divulgar esta información a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
- **Donación de órganos y tejidos:** En caso de su muerte o muerte inminente, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que obtienen o almacenan órganos, ojos u otros tejidos para que estas organizaciones puedan investigar si la donación o el trasplante es posible según las leyes aplicables.

**Información completamente anonimizada o parcialmente anonimizada:** Podemos usar y divulgar su información de salud si hemos eliminado cualquier información que tenga el potencial de identificarlo para que la información de salud quede “completamente anonimizada”. También podemos usar y divulgar información de salud “parcialmente anonimizada” sobre usted si la persona que recibirá la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información según lo exigen las leyes federales y estatales. La información de salud parcialmente anonimizada no contendrá ninguna información que lo identifique directamente (como su nombre, dirección postal, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección del sitio web o número de licencia).

**Divulgaciones incidentales:** Si bien tomaremos medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información de salud, ciertas divulgaciones de su información de salud pueden ocurrir durante o como resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones de su información de salud que de otro modo estarían permitidos. Por ejemplo, durante el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento pueden ver u oír discusiones sobre su información de salud.

**Cambios a este aviso:** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigor en el futuro. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectiva para todos sus registros que hayamos creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro.

#### SUS DERECHOS A ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

1. **Derecho a inspeccionar y copiar registros:** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de cualquier información de su salud que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento mientras mantengamos esta información en nuestros registros, incluidos los registros médicos y de facturación. Para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros que utilizamos para cumplir con su solicitud. Si desea una copia electrónica de su información de salud, le proporcionaremos una copia en formato electrónico según lo solicite, siempre que podamos producir fácilmente dicha información en la forma solicitada. De lo contrario, cooperaremos con usted para proporcionarle un formulario y formato electrónico legible según lo acordado. En algunas circunstancias limitadas, podemos rechazar la solicitud.
2. **Derecho a modificar registros.** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos mientras se mantenga en nuestros registros escribiéndonos. Su solicitud debe incluir las razones por las que cree que deberíamos realizar la enmienda. Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos un aviso por escrito que explique los motivos para hacerlo. Tendrá derecho a que cierta información relacionada con la enmienda solicitada se incluya en sus registros.
3. **Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones”, que es una lista con información sobre cómo hemos compartido su información de salud con otros. Para obtener un formulario de solicitud para un informe de divulgaciones, escriba al Oficial de Privacidad. Tiene derecho a recibir una lista cada 12 meses de forma gratuita. Sin embargo, podemos cobrarle el costo de proporcionar listas adicionales en ese mismo período de 12 meses.
4. **Derecho a recibir notificación de una violación:** Tiene derecho a ser notificado dentro de los sesenta (60) días posteriores al descubrimiento de una violación de su información de salud protegida no segura si existe más que una

baja probabilidad de que la información haya sido comprometida. El aviso incluirá una descripción de lo que sucedió, incluida la fecha, el tipo de información involucrada en la infracción, los pasos que debe tomar para protegerse de posibles daños, una breve descripción de la investigación de la violación, la mitigación del daño para usted y protección contra futuras violaciones y procedimientos de contacto para responder a sus preguntas.

**Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar que restrinjamos aún más la forma en que usamos y divulgamos su información de salud para tratar su condición, cobrar el pago por ese tratamiento, ejecutar nuestras operaciones comerciales normales o divulgar información sobre usted a familiares o amigos involucrados en su atención. También tiene derecho a solicitar que su información de salud no se divulgue a un plan de salud si ha pagado los servicios de su bolsillo y en su totalidad, y la ley no exige de otro modo la divulgación. La solicitud de restricción sólo será aplicable a ese servicio en particular. A partir de entonces, tendrá que solicitar una restricción para cada servicio. Para solicitar restricciones, escriba al Oficial de Privacidad. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción y, en algunos casos, la restricción que solicita puede no estar permitida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo, estaremos sujetos a nuestro acuerdo a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o cumplir con la ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tiene el

1. **Derecho a Revocar:** Tiene derecho a revocar la restricción en cualquier momento. En algunas circunstancias, también tendremos derecho a revocar la restricción siempre que se lo notifiquemos antes de hacerlo.
2. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos de una manera más confidencial, como llamarlo al trabajo en lugar de a su casa, notificando al asociado de registro que lo está ayudando. No le preguntaremos el motivo de su solicitud y trataremos de atender todas las solicitudes razonables.
3. **Derecho a que alguien actúe en su nombre:** Tiene derecho a nombrar un representante personal que pueda actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información de salud. Los padres y tutores generalmente tendrán derecho a controlar la privacidad de la información médica de menores, a menos que la ley permita a los menores actuar en su propio nombre.
4. **Derecho a obtener una copia de los avisos:** Si recibe este Aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. Si lo hacemos, revisaremos este Aviso y publicaremos cualquier Aviso revisado en nuestra área de registro y en nuestro sitio web.
5. **Derecho a presentar una queja:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja llamando al Oficial de Privacidad o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No denegaremos el tratamiento ni tomaremos medidas en su contra por presentar una queja.
6. **Uso y divulgaciones donde se pueden aplicar protecciones especiales:** Algunos tipos de información, como la información relacionada con el VIH, la información sobre el tratamiento del abuso de alcohol y sustancias, la información sobre salud mental, la información sobre psicoterapia y la información genética, se consideran tan sensibles que las leyes estatales o federales les brindan protecciones especiales. Por lo tanto, es posible que algunas partes de este Aviso general de prácticas de privacidad no se apliquen a este tipo de información. Si tiene preguntas o inquietudes sobre las formas en que se pueden usar o divulgar estos tipos de información, hable con su proveedor de atención médica.

**Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones:** Obtendremos su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificados en este aviso o no estén permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos brinde con respecto al uso y divulgación de su información de salud identificable puede revocarse en cualquier momento por escrito. Después de que revoque su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud identificable por los motivos descritos en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar registros de su atención médica.