

## FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS

### Información general (Favor de escribir en letra de imprenta o molde)

Fecha		Nombre (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)			Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)		
Otros nombres/Nombre de soltera/También conocido(a) como (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)				Número de Seguro Social			
Género asignado al nacer <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Favor de indicar el género o sexo con el cual usted se identifica más <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Hombre transgénero/Masculino transgénero/Transmasculino <input type="radio"/> Mujer transgénero/Femenina transgénero/Transfemenina <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se Negó a Especificar			Favor de indicar su orientación sexual <input type="radio"/> Lesbiana/Gay <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> No Se <input type="radio"/> Algo más <input type="radio"/> Se Negó a Especificar		
Estado civil <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a)		Origen étnico <input type="radio"/> No hispano(a) o latino(a) <input type="radio"/> Chicano(a) <input type="radio"/> Cubano(a) <input type="radio"/> Mexicano(a) <input type="radio"/> Mexicoamericano(a) <input type="radio"/> Puertorriqueño(a) <input type="radio"/> Otro origen Hispano, Latino(a) o Español; <i>Por favor, especifique</i> _____ <input type="radio"/> Se Negó a Especificar					
Raza (Favor de marcar todas las que le apliquen) <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="radio"/> Indio asiático <input type="radio"/> Chino <input type="radio"/> Filipino <input type="radio"/> Japonés <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro asiático; <i>Si es Otro asiático, especifique</i> _____ <input type="radio"/> Nativo hawaiano <input type="radio"/> Otro isleño del Pacífico <input type="radio"/> Guameño o chamorro, samoano <input type="radio"/> Se Negó a Especificar							
Dirección					Apartamento		
Ciudad		Estado	Código postal		¿Estás sin hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	Si es así, por favor selecciona una de las siguientes opciones: <input type="radio"/> Sin hogar <input type="radio"/> Vivienda transicional <input type="radio"/> Refugio	
Número de teléfono del trabajo		Número de teléfono de casa/celular <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular		Correo electrónico			
Forma preferida de contacto <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> Correo regular <input type="radio"/> Correo electrónico		¿Eres un miembro activo del servicio militar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	¿Es usted veterano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	Empleo <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiemp parcia <input type="radio"/> De temporada <input type="radio"/> Migrante <input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/> Jubilado			
Empleador o patrono			Ocupación				
Dirección del empleador			Ciudad		Estado	Código postal	
Ingreso anual*		Número de miembros en el hogar*		* Esta información se usa con el propósito de preparar y rendir informes sobre subvenciones federales solamente y no afectará lo que cobramos por su visita.			
¿Cómo supo usted de La Conexión Médica? <input type="radio"/> Familia/Amigo <input type="radio"/> Feria de salud/Evento/Acercamiento (alcance) a la comunidad <input type="radio"/> Periódico/Revista <input type="radio"/> Radio <input type="radio"/> TV <input type="radio"/> Sitio web/Medios de comunicación <input type="radio"/> Otro tipo de publicidad <input type="radio"/> Referido de otro proveedor				¿Tiene usted o algún miembro de su hogar una relación con Union Public Schools? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO			

### Información de contactos en caso de emergencia

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia		Relación con el paciente	
Número de teléfono de la casa/particular		Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono móvil o celular

### Información sobre el seguro (primario)\*

**\*Si usted no tiene seguro, por favor vaya a la página 2.**

Nombre de la compañía de seguro/Medicaid/Medicare		Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal	Número de teléfono	
Fecha de entrada en vigencia/Fecha de emisión	Número del grupo	Número del miembro/Número de reclamo		Relación del paciente con el titular o suscriptor del seguro	
Nombre del titular o suscriptor			Empleador o patron del titular o suscriptor		

### Información sobre el seguro (secundario)

**\*Si usted no tiene seguro, por favor vaya a la página 2.**

Nombre de la compañía de seguro/Medicaid/Medicare		Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal	Número de teléfono	
Fecha de entrada en vigencia/Fecha de emisión	Número del grupo	Número del miembro/Número de reclamo		Relación del paciente con el titular o suscriptor del seguro	
Nombre del titular o suscriptor			Empleador o patron del titular o suscriptor		



## HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Fecha de la visita
---	---------------------	-------------------------	--------------------

**Historia personal y de la familia** • Indique si usted o alguien en su familia tiene (o alguna vez ha tenido) cualquiera de las siguientes condiciones.  
 • Si un miembro de su familia ha tenido alguna de estas condiciones, indique la relación de esta persona con usted.

DESCRIPCIÓN	PERSONAL	FAMILIA	RELACIÓN	DESCRIPCIÓN	PERSONAL	FAMILIA	RELACIÓN
	SÍ	NO			SÍ	NO	
Problemas de audición				Asma, enfisema, Bronquitis			
Enfermedades del Corazón/ Problemas de circulación				Anemia/Enfermedades de la sangre			
Hipertensión (presión alta)				Colesterol alto			
Embolia (derrame)				Migraña			
Úlceras/Problemas digestivos				Artritis o gota			
Problemas con drogas/ alcohol				Diabetes			
Cáncer – Seno				Hepatitis o problemas del hígado			
Colon				Enfermedad de la tiroides			
Próstatae				Apena obstructiva del sueño			
De otro tipo, ¿dónde?				Depresión/Problemas nerviosos			
Cálculo (piedra) en los riñones/ Quistes en los riñoes/Fallo renal				VIH/SIDA/ETS (enfermedades de transmisión sexual)			
Vesícula				Tuberculosis			
Epilepsia o convulsiones				Osteoporosis			

### Medicamentos, vitaminas y suplementos (Favor de hacer una lista de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que usted está tomando)

Medicamento/Vitamina/Suplemento	Dosis	Frecuencia	Medicamento/Vitamina/Suplemento	Dosis	Frecuencia

¿Es usted alérgico(a) a algún medicamento? Si su respuesta es "SI", favor de hacer una lista de todos los medicamentos a los que usted tiene reacciones alérgicas:  
 SÍ    NO

¿Dónde está su farmacia preferida?  
 Community Health Connection – Kendall-Whittier    Community Health Connection – Ellen Ochoa    Otra Farmacia: \_\_\_\_\_



### HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre (Apellido(s), Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Fecha de la visita
---	---------------------	-------------------------	--------------------

### Historia social (Favor de indicar el uso)

Tabaco <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	Paquetes (cajetillas) o latas por día	Por cuántos años	Fecha cuando dejó de usar tabaco
Bebidas alcohólicas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	Frecuencia (una vez al día, una vez al mes, etc.)	Cantidad (2 tragos, paquete de 6, etc.)	
Bebidas con cafeína <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	Tipo	Cantidad de cafeína por día	

### Childbirth History

Total Number of Children in the Home	Number of Pregnancies	Number of Miscarriages/Lost Pregnancies	Any Complications of Pregnancy
--------------------------------------	-----------------------	---	--------------------------------

### Historia de nacimientos

Hospitalización/Cirugía/Prueba diagnóstica	Descripción	Fecha

### Riesgo de caídas

¿Se ha caído usted accidentalmente durante los últimos tres meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	¿Usa usted un bastón, un andador ortopédico, muletas, silla de ruedas o necesita ayuda para caminar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	¿Se siente mareado(a) o está tomando medicamentos que le hacen sentir mareado(a), débil, soñoliento(a), confuso(a) o necesita ir al baño con frecuencia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
---	---	---

### Inmunizaciones (vacunas)

Tipo de inmunización	Fecha	Otras Inmunizaciones	Fecha
Última vacuna contra la neumonía (pulmonía)			
Última vacuna contra el tétano			
Última vacuna contra la influenza			
Última prueba cutánea de la tuberculina (TB)			
COVID-19*			

**Si tiene menos de 18 años, ¿están todas sus inmunizaciones (vacunas) al día\*?  Sí  NO \*Favor de proveer una copia (impreso) de sus vacunas al día.**

**\*Indique la 1st dosis aquí. Liste todas las demás dosis/refuerzos en "Otras Inmunizaciones".**



**ACUERDO CON SU HOGAR MEDICO**

Este Acuerdo con el Hogar Médico es un ACUERDO entre Usted y La Conexión Médica (CHC, por sus siglas en inglés), centrado en cubrir TODAS sus necesidades de atención médica.

**Como Hogar Médico proveedor de su atención médica primaria, nosotros nos comprometemos a lo siguiente:**

1. Enfocarnos en atender sus preocupaciones, educarle respecto a sus necesidades de salud y servicios preventivos.
2. Enfocarnos en proveerle atención médica continua, segura y de calidad, incluyendo la prevención de futuras complicaciones de salud.
3. Proveerle tratamiento, medicamentos y cualquier otro recurso considerado médicamente necesario.
4. Coordinar la prestación de servicios médicos primarios con todos los especialistas, encargados o asesores de casos y proveedores de servicios para la comunidad (tales como WIC, Children’s First, atención en el hogar, hospicio, etc.) involucrados con la atención del paciente lo cual incluye, pero no se limita a, consultas y referidos.
5. Trabajar para programarle visitas a su debido tiempo en la oficina para atender sus necesidades médicas crónicas y urgentes.
6. Estar a su disponibilidad 24 horas al día por medio de citas, llamadas telefónicas y/ o comunicación electrónica.
7. Honrar sus derechos como paciente y tratarle con dignidad y respeto.

**Como Paciente de un Hogar Médico, es su responsabilidad:**

1. Trabajar con CHC para cubrir todas sus necesidades de salud.
2. Comunicarse con CHC en relación a todas las preocupaciones y metas que tengan que ver con su salud.
3. Informarnos sobre cualquier cambio relacionado con su salud, medicamentos (incluyendo medicamentos recetados, medicamentos sin receta, suplementos a base de hierbas y drogas ilícitas) y tratamiento o equipo médico usado.
4. Ponerse en contacto con CHC antes de ir a la Sala de Emergencias, Sala de Urgencias u Hospital, a menos que se trate de una emergencia que ponga en peligro su vida.
5. Notificarle a CHC después de cualquier visita a la Sala de Emergencias, Sala de Urgencias u Hospital.
6. Programar todas las citas médicas a su debido tiempo incluyendo las citas de seguimiento.
7. Venir a las citas programadas con CHC o cualquier especialista o llamar tan pronto como sea posible para cancelar o hacer una nueva cita por cualquier cita a la que no haya podido presentarse.
8. Notificarle a CHC sobre cambios en su número de teléfono o dirección.

*Recuerde que CHC ofrece servicios dentales y de farmacia, además de atención médica y yo entiendo la importancia de todas estas formas de atención para que mi familia y yo nos mantengamos en buena salud.*

**La atención de su salud es un acercamiento o enfoque de EQUIPO del cual tanto usted como La Conexión Médica participan activamente.**

Nombre de Paciente	
Firma de Paciente	Fecha
Firma de Proveedor o Designado	Fecha



**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO/ FACTURACIÓN/ DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

El personal de La Conexión Médica (en inglés, Community Health Connection, Inc. y en adelante referido por sus siglas, CHC) por la presente está autorizado a administrar todo y cualquier tratamiento médico, diagnóstico o terapéutico como pueda ser necesario o aconsejable. Yo tengo derecho a consentir o a negarme a consentir a cualquier procedimiento propuesto o procedimiento terapéutico, siempre y cuando no se trate de emergencias médicas o circunstancias extraordinarias que pongan en peligro mi salud o mi vida o la salud o la vida de otros individuos

Yo entiendo y estoy de acuerdo que en última instancia soy responsable por el saldo o balance de mi cuenta por todo servicio o servicios prestados. He respondido a (cumplimentado) las preguntas en las páginas 1 y 2 de este paquete y certifico que esta información es verdadera y correcta conforme a mi leal saber y entender. Le notificaré sobre cualquier cambio relacionado con el estado de mi seguro o cobertura médica o cambios en la información indicada arriba. Yo solicito que, en mi nombre, se le pague a La Conexión Médica, Inc. (CHC) por beneficios médicos autorizados, de haberlos, por los servicios pendientes de pago prestados por CHC.

Autorizo la divulgación de información médica al plan o los planes de salud indicados sobre información solicitada por el plan o los planes de salud para determinar el pago de mis beneficios médicos. La información autorizada para divulgación podría incluir información sobre enfermedades contagiosas o no contagiosas, salud mental, abuso de sustancias o de alcohol.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante autorizado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NO SHOW/CANCELACIÓN TARDÍA/REPROGRAMACIÓN**

A partir de el 1 de Julio de 2024, a los pacientes solo se les permitirán cuatro (4) "ausencias\*\*" a citas en un año consecutivo o dentro de los últimos 12 meses. Después de la cuarta ausencia, los pacientes quedaran inactivos y se consideraran pacientes "aquidir sin cita previa". Una vez que se atienda al paciente, se le devolverá a la práctica de programación estándar de La Conexión Medica (CHC).

\*\* No-Show" quiere decir no presentarse sin notificar ni llamar para cancelar/reprogramar una cita por lo menos veinticuatro (24) horas antes de la cita. Se podría hacer excepciones en casos de emergencia.

**He leído el aviso indicado arriba y acepto acatar (obedecer) la política o reglamento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Representante autorizado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Doy cuenta de que he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad ("Notificación") de La Conexión Médica (CHC, por sus siglas en inglés) y que consiento a (acepto) que se use mi información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) para tratamiento, pago y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud como CHC las ha resumido en esta Notificación o aviso.

*Entiendo que puedo negarme a firmar este acuse de documento.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/Representante autorizado\* (Favor de escribir en letra de molde o imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relacion (parentesco) con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/Representante autorizado \* (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGAFIAR AL PACIENTE**

Yo, (favor de escribir su nombre en letra de imprenta o molde) \_\_\_\_\_, le doy permiso a La Conexión Médica para que grabe o registre mi imagen (fotografía) con propósitos de identificación.

Yo entiendo que sacarme una foto así como grabar o registrar mi imagen o foto no es una condición para recibir servicios en La Conexión Médica y que yo puedo negarme a que se me saque una fotografía.

Yo entiendo que esta foto será usada con fines de identificación solamente y que solamente se usará en las facilidades de La Conexión Médica.

\_\_\_\_\_  
Paciente/ Representante autorizado\* (Favor de escribir su nombre en letra de imprenta o molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente/ Representante autorizado\* (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha



\* Es posible que se le pida una prueba que confirme su condición o estatus como representante.

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Otros nombres usados: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa/particular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono móvil/celular: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ le doy permiso a la Conexión Médica Comunitaria (en inglés, Community Health Connection, Inc.; CHC, por sus siglas en inglés y así referido en adelante) para que divulgue información relacionada con las fechas/ horas y la información protegida de mi salud mantenida o creada por CHC a la(s) siguiente(s) Persona(s) Designada(s):

**Por favor, escriba la siguiente información en letra de molde o imprenta**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Otros teléfonos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Otros teléfonos: \_\_\_\_\_

## La Información Continúa al Dorso

HIPAA Document – Retain for minimum of 6 years.



**Entiendo** que esta autorización aplica a todos los departamentos, proveedores de servicios de salud y/o empleados de CHC.

**Entiendo** que esta autorización es voluntaria.

**Entiendo** que una vez esta información se divulgue a la(s) Personas(s) Designada(s), puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por esta(s) personas(s) y dejar de estar protegida por las leyes o regulaciones de privacidad estatales o federales.

**ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA SER DIVULGADA PODRÍA INCLUIR INFORMACIÓN QUE PODRÍA INDICAR LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS O ENFERMEDADES NO CONTAGIOSAS.**

**Entiendo** que la información autorizada para divulgación verbal podría incluir informes/historial sobre tratamiento por abuso de drogas/alcohol. Esta categoría de información/registros médicos está protegida por las las reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Los reglamentos federales prohíben que quienes reciban esta información o registros los vuelvan a divulgar a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por medio de la autorización escrita de la persona a quien pertenece o si así lo permitiera 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación médica o de otra información no es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen el uso de la información para investigar en términos criminales o para proceder en contra de un paciente por el abuso de alcohol o drogas. En consecuencia, al firmar abajo, yo autorizo específicamente que cualquiera de estos informes en mi historial médico o de salud sea divulgado.

**Entiendo** que esta autorización estará vigente mientras yo viva a menos que yo la revoque y por un año después de mi muerte. Entiendo, además, que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación escrita pidiendo tal revocación a:

Community Health Connection, Inc.  
 Attn: Privacy Officer  
 2321 East 3rd Street  
 Tulsa, OK 74104.

Si yo revoco esta autorización, mi revocación no afectará las acciones tomadas por CHC antes de que la revocación haya sido procesada.

Mi revocación no aplicará a información ya retenida, usada o divulgada como respuesta a esta Autorización.

**Entiendo** que mi negativa a firmar esta autorización no afectará adversamente los servicios de salud que yo reciba en las facilidades de CHC.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre/madre o representante legal\*

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

*\*Es posible que al representante se le pida que muestre una prueba que confirme su condición o status como representante legal.*

**HIPAA Document – Retain for minimum of 6 years.**



**AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RELACIONADAS CON LA INFORMACIÓN DE LA SALUD****ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEER ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

Si usted tiene preguntas sobre este Aviso, favor de ponerse en contacto con el oficial o la persona encargada de la privacidad de Community Health Connection (La Conexión Médica; CHC, por sus siglas en inglés), llamando al (918) 622-0641.

**NUESTRO COMPROMISO RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Nosotros entendemos que la información sobre su salud y el cuidado de su salud son personales. Nuestro compromiso con usted es proteger la información relacionada con su salud. Crearemos un historial de su cuidado y de los servicios que usted recibe de nosotros. Lo hacemos para proveerle servicio y cuidado de calidad y para cumplir con aquellos requisitos legales o reglamentarios que puedan aplicar.

Este Aviso aplica a todos los expedientes o registros generados o recibidos por CHC, ya sea que nosotros hayamos documentado la información sobre su salud o que otro médico nos la haya enviado. Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar o divulgar información relacionada con su salud. Este Aviso también describe sus derechos sobre la información relacionada con su salud que nosotros mantenemos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de su información de salud.

Nuestro compromiso respecto a su información de salud es respaldado por la ley federal. Las estipulaciones o cláusulas de privacidad y seguridad de los Reglamentos de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA", por sus siglas en inglés), según enmendada por la ley o acta de salud económica y clínica que se encarga del manejo de su información de salud por medios computarizados y tecnológicos, conocida en inglés como Information Technology for Economic and Clinical Health Act (por sus siglas en inglés, "HITECH Act") requiere que nosotros:

- Nos aseguremos de que la información de salud que lo identifica se mantenga privada;
- Pongamos a su disposición este Aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud; y
- Cumplamos con los términos del Aviso que actualmente estén vigentes.

**SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

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

**Derecho a inspeccionar y copiar**

Usted tiene ciertos derechos a inspeccionar y copiar la información de salud que pueda ser usada para tomar decisiones sobre su cuidado. Usualmente, esto incluye registros de salud y facturación e información mantenida en un grupo de registros sobre su salud diseñado con el propósito de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Esto no incluye notas de psicoterapia, información compilada anticipando su uso o para uso en una acción civil, criminal o de administración o proceso judicial o información que esté sujeta a ser exenta o que esté exenta de la enmienda de mejoras de laboratorios clínicos de 1988, conocida en inglés como Clinical Laboratory Improvements Amendment of 1988.

Para inspeccionar y copiar información de salud que puede ser usada para tomar decisiones sobre usted, es su responsabilidad enviar su solicitud por escrito en un formulario provisto por nosotros y enviar tal solicitud a: "The Privacy Official at CHC" (Oficial de privacidad de CHC) a la dirección provista en la primera página de este aviso. Si usted solicita una copia de su información de salud, es posible que le cobremos una cuota para cubrir los gastos de fotocopiar (incluyendo los útiles y el trabajo de fotocopiar), el envío y la preparación de una explicación o resumen de la información de salud (si usted ha solicitado tal resumen y si ha aceptado pagar por el costo).

Nosotros podemos rehusar su solicitud para inspeccionar y copiar bajo circunstancias limitadas. Si a usted se le niega acceso a información de salud, en ciertos casos usted puede pedir que su solicitud se reevalúe. En aquellos casos que usted pueda pedir que la denegación sea reevaluada, otro profesional certificado de la salud seleccionado por nuestra oficina reevaluará su solicitud y la denegación. La persona encargada de la reevaluación no será la persona que negó su solicitud inicial. Nosotros cumpliremos con la resolución de la reevaluación.

**Derecho de enmienda**

Si usted piensa que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que esa información se enmiende. Usted tiene derecho a pedir una enmienda mientras nosotros tengamos esa información. Para pedir una



## NOTICE OF HEALTH INFORMATION PRIVACY PRACTICES

enmienda su solicitud debe ser presentada por escrito en un formulario provisto por nosotros el cual debe ser enviado a: "The Privacy Official at CHC" (Oficial de privacidad de CHC).

Nosotros podemos negar su solicitud de enmienda si no se hace en el formulario provisto por nosotros y si no incluye una razón que justifique la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si usted pide que se enmiende información que:

- No fue creada por nosotros a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información de salud mantenida por o en nuestra práctica;
- No es parte de la información que a usted se le permitiría inspeccionar o copiar o;
- Es acertada (correcta) y completa.

Cualquier enmienda que hagamos a su información de salud será divulgada a aquéllos a los cuales divulgamos información como se especifica más adelante.

### Derecho a un informe sobre divulgaciones

Usted tiene derecho a pedir una lista (un informe) de las divulgaciones de su información de salud que nosotros hayamos hecho excepto los usos y divulgaciones usadas (i) para tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud, (ii) a individuos sobre información protegida sobre ellos, (iii) incidental al uso o divulgación como lo permita o requiera esta ley, (iv) de acuerdo con una autorización firmada por usted, (v) para el directorio de la facilidad o a personas involucradas en el cuidado de su salud, (vi) por seguridad nacional o propósitos de inteligencia, (vii) a instituciones correccionales u oficiales encargados del cumplimiento de la ley.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, usted debe presentar una solicitud en un formulario que le proveeremos. Su solicitud debe estipular un lapso de tiempo que no debe exceder seis (6) años anteriores a la fecha cuando se pida el informe. La primera lista de divulgaciones que usted pida dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, podríamos cobrarle por el costo de proveerle la lista. Le notificaremos del costo incurrido y usted puede pedir que se retire o se modifique la solicitud en ese momento antes de que se incurra en gastos. Le enviaremos una lista impresa de divulgaciones por correo dentro de los sesenta (60) días a partir de su solicitud o le notificaremos si no pudiésemos proveerle la lista dentro de ese período de tiempo y le indicaremos la fecha cuando podríamos darle la lista pero esta fecha no podrá exceder los noventa (90) días desde que usted envió la solicitud.

### Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de su salud que nosotros usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones relacionadas con la atención médica o el cuidado de su salud. Usted también tiene el derecho a pedir que se limite la información de salud que divulgamos sobre usted a quien pueda estar involucrado en su cuidado o atención y en el pago de su cuidado. Por ejemplo, usted puede pedir que se niegue el acceso a su información de salud a un miembro en particular de nuestro grupo laboral que le conozca a usted personalmente.

Además, usted tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de información de salud protegida a un plan de salud cuando usted paga por completo de su bolsillo por el dispositivo o artículo para uso médico o por el servicio médico.

Aunque nosotros trataremos de cumplir con su solicitud para restricciones, bajo ciertas circunstancias, no se requiere que cumplamos con su solicitud si no es posible que nosotros estemos seguros de que cumplimos con la ley o pensamos que podría afectar negativamente la atención médica que podamos proveerle. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información se necesite para proveerle tratamiento de emergencia o usted esté de acuerdo en terminar la restricción. Para solicitar una restricción, usted debe presentar su solicitud en un formulario que nosotros le daremos. En su solicitud, usted debe decirnos qué información usted quiere limitar y a quién o quiénes quiere que se apliquen las restricciones.

### Derecho a pedir comunicación confidencial

Usted tiene derecho a pedir que nosotros nos comuniquemos con usted sobre cuestiones de salud de cierta manera o en ciertos lugares. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros nos comuniquemos con usted por correo a una caja o apartado postal. Durante el proceso de admisión nosotros le preguntaremos cómo usted desea comunicarse sobre el cuidado de su salud o sobre otras instrucciones de cómo notificarle sobre su información de salud y usted está de acuerdo en proveer información sobre cómo se manejará el pago y especificará otra dirección u otro método de contacto. Nosotros cumpliremos con todas las solicitudes razonables siempre y cuando usted nos haya provisto información sobre cómo se manejará el pago y usted haya especificado otra dirección u otro método de contacto.



**NOTICE OF HEALTH INFORMATION PRIVACY PRACTICES****Derecho a una copia impresa de este Aviso**

Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso en cualquier momento a petición suya. Usted también puede obtener una copia de este Aviso en nuestra página electrónica [[www.communityhealthconnection.org](http://www.communityhealthconnection.org)].

**Derecho a notificación**

Usted tiene derecho a ser notificado si ha habido incumplimiento o infracción de la información de salud no asegurada, o sea, si tal información ha sido comprometida.

**CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que nosotros podemos usar o divulgar información sobre su salud. A menos que se indique de otra manera, todos estos usos y divulgaciones pueden hacerse sin su permiso. Para cada categoría y uso, le explicaremos lo que queremos decir y le daremos algunos ejemplos. No todo uso y divulgación en una categoría se incluirá en la lista. No obstante, a menos que pidamos una autorización separada, todas las formas que nos son permitidas para usar y divulgar información pertenecerán a una de las siguientes categorías.

**Para tratamiento**

Nosotros podríamos usar información de salud sobre usted para proveerle tratamiento y servicios de salud o atención médica. Podríamos divulgar información de salud sobre usted a médicos, enfermeras o enfermeros, técnicos, estudiantes de salud, voluntarios u otro personal que esté involucrado en su cuidado. Es posible que ellos trabajen en nuestras oficinas, en un hospital si usted estuviera hospitalizado bajo nuestra supervisión o en la oficina de otro médico, en un laboratorio, en una farmacia o a otro profesional de la salud al cual podamos referirle para consulta, para sacar radiografías, para hacer pruebas de laboratorio, para comprar recetas o para otros propósitos de tratamiento. Por ejemplo, un médico que le esté tratando o atendiendo podría necesitar su información si usted sufre de diabetes porque la diabetes puede hacer más lento el proceso de sanación. Nosotros podríamos proveerle esta información a un médico que le estuviera atendiendo en otra institución.

Además, CHC puede participar en un intercambio electrónico de información relacionada con la salud con otros miembros proveedores de servicios de salud mediante el cual enviamos datos sobre el paciente a una red sistematizada que se compromete a asegurar la información y permitir que sus datos estén disponibles a otro miembro que le esté dando tratamiento. Usted puede elegir no participar, o sea, excluirse de este intercambio electrónico de salud en cualquier momento.

**Para pago**

Nosotros podríamos usar y divulgar información de salud sobre usted de manera que los servicios y tratamiento que usted recibió puedan ser facturados y para recibir pago de usted, una compañía de seguros, una agencia estatal de Medicaid o de un tercero. Por ejemplo, es posible que tengamos que darle a su seguro de salud información sobre su visita a nuestra oficina para que su plan médico nos pague o reembolse por la visita. De la misma manera, puede que nosotros tengamos que darle su información de salud a la agencia estatal de Medicaid para que se nos reembolse por proveerle servicios a usted. En algunos casos, puede que tengamos que hacerle saber a su plan médico sobre un tratamiento que usted va a recibir para que se apruebe o se autorice de antemano o para determinar si su plan cubre el tratamiento.

**Para operaciones del cuidado de la salud**

Nosotros podemos usar y divulgar información sobre su salud para operaciones de nuestra práctica del cuidado de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento de nuestra práctica y para asegurarnos de que nuestros pacientes reciben atención de calidad. Por ejemplo, nosotros podríamos usar su información de salud para evaluar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal al atender sus necesidades de salud. Nosotros también podemos combinar información de salud sobre muchos pacientes para decidir qué otros servicios debemos ofrecer, qué tratamientos no son necesarios, si ciertos nuevos tratamientos son eficaces o para comparar nuestro trabajo con los demás y ver dónde podemos mejorar. Podríamos eliminar información que lo pueda identificar a usted de este conjunto de información de salud para que otros puedan usarla con el fin de estudiar cómo ofrecer servicios de salud sin saber quiénes son nuestros pacientes específicos.

**Recordatorios de citas**

Nosotros podemos usar y divulgar información de salud para ponernos en contacto con usted para recordarle que usted tiene una cita. Favor de hacernos saber si usted no quiere que le contactemos en relación a su cita o si desea que usemos un número de teléfono o



## NOTICE OF HEALTH INFORMATION PRIVACY PRACTICES

dirección diferente para contactarle a este respecto.

Actividades para la recaudación de fondos

Nosotros podríamos usar su información de salud para contactarle en un esfuerzo por recaudar fondos para nuestras operaciones sin fines de lucro. En cualquier momento, usted puede elegir no participar, o sea, excluirse para no recibir comunicaciones con el fin de recaudar fondos.

### Investigación

Podría haber situaciones en las cuales nosotros quisiéramos usar y divulgar información de salud sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación podría implicar comparar la eficacia de un medicamento sobre otro. Para cualquier proyecto de investigación que use su información de salud, nosotros obtendremos su autorización o le pediremos a un comité evaluador institucional o consejo de privacidad que obvie el requisito de obtener autorización. Un permiso para eliminar la necesidad de una autorización, (o sea, una exención), estará basado en las garantías otorgadas por el consejo de evaluación de que los investigadores protegerán adecuadamente su información de salud.

### Autorización requerida

Nosotros no podemos usar información sobre su salud sin autorización previa para: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones relacionadas con notas de psicoterapia (cuando sea apropiado); (2) usos y divulgaciones de información de salud protegida con fines comerciales o de mercadeo; y (3) divulgaciones que constituyan una venta de información de salud protegida.

## SITUACIONES ESPECIALES

### Menores de edad y personas con tutores

Los menores de edad tienen todos los derechos bosquejados en este Aviso respecto a la información de salud relacionada con la atención a la salud reproductiva, excepto en situaciones de emergencia o cuando la ley requiere que se informe abuso y negligencia. Si usted es menor de edad o una persona que tiene un tutor que recibe cuidado médico que no está relacionado con la salud reproductiva, sus padres, encargado o tutor legal podrían tener derecho a tener acceso a su historia médica y a tomar decisiones en relación a los usos y divulgaciones de su información de salud.

### Militares y veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podríamos divulgar información médica sobre usted como lo requieran las autoridades militares encargadas. También podríamos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras pertinentes.

### Compensación al trabajador

Podemos divulgar información médica sobre usted para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación al trabajador o a programas similares. Estos programas proveen beneficios cuando se trata de lesiones o daños relacionados con el trabajo o por enfermedad relacionada con el trabajo.

### Riesgos a la salud pública

Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen las siguientes:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad;
- Para reportar nacimientos y muertes o para hacer investigaciones de salud pública;
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificarle a la gente sobre la retirada de productos que la gente puede estar usando;
- Para notificarle a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- Para actividades de supervisión de la salud; o
- Para notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Nosotros haremos estas divulgaciones si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.

### Demandas o pleitos y disputas

Nosotros podemos divulgar información médica sobre usted durante el transcurso de un proceso judicial o administrativo como



## NOTICE OF HEALTH INFORMATION PRIVACY PRACTICES

respuesta a una orden de la corte u orden administrativa. También podemos divulgar información médica como respuesta a una citación, descubrimiento de prueba u otros procesos legales si nosotros (i) hemos recibido garantía de que la parte que pide la información ha hecho esfuerzos razonables para avisarle a usted de la solicitud de prueba y que usted no ha objetado o que la parte que está pidiendo la información ha asegurado una orden de protección calificada o (ii) hemos hecho esfuerzos razonables por hacerle saber a usted de la solicitud o hemos pedido una orden de protección calificada.

### Cumplimiento de la ley

Nosotros podríamos divulgar información médica si un oficial encargado del cumplimiento de la ley así lo pidiera bajo las siguientes circunstancias:

- Como lo requiere la ley;
- Para responder a una orden de la corte o mandato judicial, citación o comparecencia legal, orden judicial o un proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, el individuo está de acuerdo o nosotros no podemos lograr llegar a un acuerdo con la persona debido a discapacidad o urgencia;
- Sobre una muerte que creemos pueda ser el resultado de conducta criminal;
- En un caso de conducta criminal en nuestra facilidad; y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la localización de un crimen o de las víctimas o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

### Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios

Nosotros podríamos divulgar información de salud a un médico forense o examinador de la salud. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podríamos divulgar información de salud sobre pacientes a directores funerarios como fuese necesario para que ellos puedan cumplir con sus responsabilidades o funciones.

### Presos

Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial encargado del cumplimiento de la ley, nosotros podríamos divulgar información sobre su salud a la institución correccional o al oficial judicial. Esta divulgación sería necesaria: (1) para que la institución le provea servicios de atención médica (cuidado de la salud); (2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otros o (3) para la seguridad y resguardo de la institución correccional.

### CAMBIOS A ESTE AVISO

Nosotros nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer entrar en vigencia el Aviso revisado o cambiado aplicable a la información de salud que ya tenemos sobre usted así como a información que recibamos en el futuro. Nosotros publicaremos una copia del Aviso actual (vigente) en nuestra facilidad, en nuestra página electrónica y usted puede pedir una copia impresa del Aviso. El Aviso contiene la fecha de vigencia en la parte inferior de todas las páginas.

### QUEJAS

Si usted cree que se han violado sus derechos a la privacidad, usted puede presentar una queja a nuestras oficinas y al Secretario de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja a nuestras oficinas, favor de contactar a: "The Privacy Official at CHC" (Oficial de privacidad de CMC) a la dirección incluida en la primera página de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

### OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Otros usos y divulgaciones de información sobre la salud que no se hayan cubierto en este aviso o las leyes que nos aplican solamente se harán con su autorización escrita. Si usted nos da autorización para usar o divulgar información sobre su salud, usted puede revocar tal autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización nosotros ya no usaremos ni divulgaremos información sobre su salud por las razones que usted especifique en su autorización escrita. Usted entiende que nosotros no podemos recuperar o retirar aquellas divulgaciones que ya hayamos hecho con su autorización y que se nos requiere que mantengamos el historial del cuidado que le hayamos provisto a usted.



## UN GUÍA SOBRE MYHEALTH PARA PACIENTES

### USAMOS TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN PARA AYUDARLES

Community Health Connection/La Conexión Médica se actualiza constantemente en el cuidado de salud, y tenemos una necesidad creciente de usar computadoras de manera segura y eficiente para compartir electrónicamente su información de salud con el equipo de profesionales médicos que la proveen.

Actualmente, compartir su información con otros proveedores de salud es difícil y usualmente requiere varias llamadas telefónicas, envíos de correo y fax. Así que, cuando ocupamos información de alguno de sus otros proveedores médicos, pueden pasar horas o hasta semanas antes de conseguirla, y a veces la información no está disponible en lo absoluto. La tecnología puede ayudarnos a proporcionar un mejor servicio.

### LES PRESENTAMOS NUESTRO NUEVO SOCIO,

MyHealth Access Network.

MyHealth Access Network (MyHealth) es una organización sin fines de lucro, la cual es una coalición de proveedores de la salud en Oklahoma, que incluye a doctores, hospitales, laboratorios, farmacias, servicios de emergencia, y otros profesionales de la industria de la salud, los cuales usan tecnología para enlazar proveedores médicos, intercambiar información actual, y mejorar el cuidado de salud en nuestra comunidad. MyHealth nos da la capacidad de entregar la información correcta al doctor adecuado, en el momento apropiado, para ayudarnos a brindarle un mejor cuidado a usted.



### PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

Aunque MyHealth está diseñado para el uso de profesionales del cuidado de salud, provee muchos beneficios importantes y opciones para usted. A continuación intentaremos responder a las preguntas más frecuentes de pacientes:

#### ¿QUIEN TIENE ACCESO A MI INFORMACIÓN?

Solo los profesionales de salud que participan en su cuidado (y el personal aprobado de ellos) quienes son miembros de la red de MyHealth pueden acceder su información, y solo si su trabajo lo requiere.

#### ¿CUALES SON ALGUNOS EJEMPLOS DE COMO ME AYUDA MYHEALTH?

El tiempo es importante en atender a sus necesidades de salud. Algunos ejemplos de cuando y como su información de salud personal está usada para ayudarle incluyen:

- El ver a un especialista, su doctor y el especialista necesitan compartir su información médica para ayudar a coordinar su cuidado eficazmente. Lo más pronto que esto puede pasar, lo más pronto que usted puede recibir el cuidado que necesita.
- En una emergencia médica (por ejemplo, un accidente automovilístico), los paramédicos y los doctores del cuarto de emergencia pueden tener acceso a su información de salud importante (como una lista de medicamentos, alergias a un medicamento o alimento, la presencia de un marcapasos, etc.) que puede salvar su vida o la vida de un ser querido.
- Si usted administra el cuidado médico así mismo, un niño, un padre, etc., entonces usted sabe las dificultades de mantener la lista de medicamentos, procedimientos, alergias, y vacunas. MyHealth puede facilitar que esta información esté disponible en la oficina del doctor.

#### QUE INFORMACION DE SaLUD ESTA GUARDADA EN LA RED DE MYHEALTH ACCESS NETORK?

Solamente información de salud de máxima importancia está incluida en la red de MyHealth Access Network. Esta incluye:

- Nombres de los doctores y otros profesionales médicos que le brindan su atención médica
- Datos personales (Nombre, dirección, información de contacto, etc.)
- Diagnósis
- Procedimientos médicos previos
- Medicamentos prescritos actuales
- Alergias que usted ha reportado
- Resultados de laboratorio y rayos-X
- Historial de vacunas



**NOTICE OF HEALTH INFORMATION PRIVACY PRACTICES****¿COMO SE QUEDA SEGURA MI INFORMACIÓN?**

Su privacidad es de alta importancia para nosotros, y la información compartida por MyHealth está protegida con las más altas medidas de seguridad, como el uso de criptografía y de conexiones seguras. Sabemos que los pacientes necesitan poder confiar en la seguridad de su información. MyHealth cumple con todas las leyes estatales y federales (como HIPAA) para proteger su información.

**¿NECESITO REGISTRARME PARA ESTE SERVICIO?**

No. Como CHC está participando en MyHealth, usted está incluido en la red. Usted puede decidir no participar o “opt out” si lo desea. (Mire abajo para saber cómo.)

**¿PUEDO DECLINAR PARTICIPAR EN MYHEALTH?**

Sí, usted puede declinar participar, o “opt out” de MyHealth en cualquier momento. La decisión de no participar significa que sus doctores no podrán usar la red de MyHealth para acceder su información de salud electrónicamente. Usted puede declinar participar de MyHealth por:

1. Obtener un Formulario de Solicitud de No Participación en MyHealth de nuestra recepcionista, o descargar el formulario de [www.myhealthaccess.net/opt-out](http://www.myhealthaccess.net/opt-out)
2. Llenar el formulario (por favor espere a firmarlo en frente de nuestra recepcionista)
3. Llevar el formulario a nuestra recepcionista y fírmelo con la recepcionista como testigo. Lo enviaremos a MyHealth por usted. O usted puede firmarlo en frente de un notario público como testigo y enviarlo a la dirección en el formulario. Usted siempre puede regresar a MyHealth al llenar el Formulario de Solicitud de Regreso a MyHealth Access Network que está disponible con nuestra recepcionista, o en línea al [www.myhealthaccess.net/opt-in](http://www.myhealthaccess.net/opt-in)

**¿QUIEN ES MYHEALTH ACCESS NETWORK?**

MyHealth es una organización sin fines de lucro en Oklahoma creado por pacientes, doctores, hospitales, servicios de emergencia, planes de seguro médico y otras organizaciones proporcionando cuidado de salud a la gente de Oklahoma. Para aprender más sobre MyHealth, visite [www.myhealthaccess.net](http://www.myhealthaccess.net).

**¿CON QUIEN ME PONGO EN CONTACTO POR MAS INFORMACIÓN O APOYO?**

Si usted quiere más información sobre MyHealth, por favor visite: [www.myhealthaccess.net](http://www.myhealthaccess.net) o llame 918.236.3451.

