



FORMULARIO DE REGISTRO

Seguro Social: _____ - _____ - _____

Nombre: _____

Nombre Preferido (si lo hay): _____

Sexo al Nacer: Masculino Femenino Identidad de género: Hombre transgénero Mujer transgénero Otro No contestar

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro No sabe No prefiero revelar

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado

Raza/Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda):

- Asiático Negro Blanco
 Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái Isleño del Pacifico

Origen Étnico (Escoja una): Hispano/Latino NO Hispano/Latino

Idioma:

- Armenio Inglés Hmong Laosiano Lenguaje de signos
 Árabe Francés Japonés Portugués Vietnamita
 Camboyano (Khmer) Alemán Coreano Ruso Tagalo
 Chino Griego Kreyól Español Otro

Estado de empleo: Empleado Empleado propio Discapacitado Retirado Estudiante (tiempo parcial o completo)

Nombre de compañía: _____

Dirección del Paciente: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono (Casa): _____ Celular: _____

¿Cómo supiste de nosotros? _____ Número de teléfono preferido: Casa Celular

Ingreso Mensual (antes de impuestos): _____ Personas mantenida con este ingreso: _____

**¿Está usted sin hogar? Sí No Si es así, marque uno: Refugio Vivienda de transición Duplicado Calle Otros

¿Actualmente, estás utilizando vivienda pública? Sí No

¿Eres veterano militar? Sí No ¿Descarga Militar? Sí No Fecha de descarga: _____

¿Eres un refugiado? Sí No Es caso afirmativo, ¿cuál es su país de origen? _____

¿Usted tiene seguro médico? Sí No Si es así, nombre del asegurado y fecha de nacimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de identificación: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

Información de los Padres/Apoderado (completar sólo si el paciente es un menor)

Padre (Nombre y Apellido): _____

Madre (Nombre y Apellido): _____

Apoderado (Nombre y Apellido): _____

Relación al paciente: Padre/Madre Abuelo/a Padre/Madre de crianza Otro: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Identificación: _____

Farmacia Preferida: _____

Apellido de madre soltera: _____

¿Es el paciente ciudadano de Estados Unidos? Sí No

¿Eres residente del condado de Pinellas?: Sí No

**Estado sin hogar:

- Refugio – Usted vive en un refugio para personas sin hogar organizado.
• Vivienda de transición – Usted reside en una pequeña unidad que ayuda a personas en transición, sin hogar a vivienda permanente.
• Duplicado – Usted esta viviendo con otras personas en su casa y/o apartamento.
• Calle – Usted vive al aire libre, en un coche, en un campamento, en una vivienda precaria/refugio o en otro lugar.
• Otros – usted vive en una sola habitación de ocupación en un hotel o motel o cualquier otra vivienda pagando día a día.



Nombre del Paciente:: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN RECIBIDA

	INICIALES												
<p>I. Autorización para tratamiento médico Por este medio, yo como paciente, autorizo y doy mi permiso a CHCP a que se haga cargo de mi tratamiento médico.</p>													
<p>II. Autorización para tratamiento médico a un menor Por este medio, yo como Padre o Tutor legal del paciente doy mi permiso y autorizo su tratamiento médico. Además, doy permiso a _____ para que autorice en mi ausencia cualquier tratamiento médico necesario.</p>													
<p>III. Hogar Médico: Elijo participar en el Hogar Médico centrado en el paciente.</p>													
<p>IV. Aviso de Privacidad Declaro que he recibido una copia del Aviso de Privacidad el cual describe las formas en que la Práctica podría utilizar y divulgar mi información médica con el fin de llevar mi tratamiento, pago o el plan de atención médica. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Representante Encargado de la Conformidad "Compliance Officer" en caso de tener alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi permiso para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de la Privacidad de esta Práctica Médica.</p>													
<p>V. Envío de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información médica puede ser enviada a cualquier persona o entidad responsable por el pago a nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura, preguntas o para cualquier otro propósito relacionado con el pago. • Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo a que mi información médica sea enviada a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o transportistas para el pago de la reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. La información a enviar puede incluir, sin ningún tipo de limitación, el historial médico, examen físico, los expedientes de la sala de emergencia, resultados de laboratorios, tratamiento de alcoholismo y de abuso de drogas y el informe de alta. • Las Leyes Federales y Estatales podrían permitir que esta Oficina participe en organizaciones, con otros proveedores médicos, aseguradoras y/u otros participantes de la industria médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades puedan compartir entre ellos mi información médica para alcanzar los objetivos que incluyan pero que no estén limitados a; mejorar la precisión y disponibilidad de mi información médica; reducir el tiempo necesario para tener disponible la información; manejar y comparar mi información para propósitos de mejorar la calidad, y cualquier otro propósito que sea permitido por ley. Entiendo que esta Oficina puede ser miembro de una de estas organizaciones. Esta autorización específicamente incluye información concerniente a: condiciones psicológicas, psiquiátricas, incapacidad intelectual, información genética, dependencia a sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre como el SIDA (AIDS) y el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV). <p>Por este medio autorizo a esta organización, a los médicos u otros profesionales médicos que estén involucrados en mi tratamiento médico a proveer mi información médica para fines de tratamiento, pagos y /u otras operaciones de atención médica.</p>													
<p>VI. Divulgación de Información a Familiares y/o Amigos Doy permiso para que se les provea mi información médica confidencial a los familiares y/o amigos que aparecen en el siguiente listado para propósitos de coordinar tratamiento médico, comunicar resultados, condiciones encontradas y decisiones:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre</th> <th style="width: 33%;">Relación</th> <th style="width: 33%;">Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>**Usted tiene el derecho de revocar la persona a la cual nosotros le podemos proveer su información médica en cualquier momento. Por favor llene una nueva autorización.</p>	Nombre	Relación	Número de Teléfono										
Nombre	Relación	Número de Teléfono											

			INICIALES
VII. Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida		Sí	No
	¿Podemos llamar a su trabajo y dejarle un mensaje? En case afirmativo, ¿a qué número? _____		
	¿Podemos llamar a su casa y dejar un mensaje? En case afirmativo, ¿a qué número? _____		
	¿Podemos dejarle un mensaje con información médica en su teléfono celular? En case afirmativo, ¿a qué número? _____		
VIII. Autorización para que a través de correos electrónicos y mensajes de texto le recordemos sus citas y otros comunicaciones médicas. Los pacientes en nuestra oficina pueden ser contactados a través de correos electrónicos y/o mensajes de texto para recordarles su cita médica, para obtener información sobre su experiencia con nuestro personal médico, y para proveerle cualquier recordatorio o información médica en general. Doy mi autorización y mi permiso para recibir recordatorios para las citas, y otras comunicaciones de información medica al correo electrónico o al numero celular que yo les provea. Yo autorizo a recibir mensajes de TEXTO para: recordatorios de citas, comentarios, recordatorios o información médica en general al siguiente número de celular: _____. Yo autorizo a recibir CORREOS ELECTRÓNICOS para: recordatorios de citas, comentarios, recordatorios o información médica en general a la siguiente dirección: _____. <i>Community Health Centers of Pinellas, Inc. no cobra por este servicio, pueden aplicar tarifas de datos y mensajería estándar conforme a su plan inalámbrico (WIFI). (Póngase en contacto con la compañía que tiene su contrato para los precios de los planes y detalles).</i>			
IX. Revocación (Si usted no quiere recibir mensajes de TEXTO o CORREOS ELECTRÓNICOS de parte de nosotros sobre futuros recordatorios de cita médicas, comentarios e información general). <input type="checkbox"/> Revoco mi solicitud para recibir los recordatorios de citas futuros, comentarios e información médica en general a través de mensajes de TEXTO. _____ Firma del Paciente/Tutor Legal _____ Fecha			
<input type="checkbox"/> Revoco mi solicitud para recibir los recordatorios de citas futuros, comentarios e información médica en general a través de Correo Electrónico. _____ Firma del Paciente/Tutor Legal _____ Fecha			
X. Derechos del Paciente, Responsabilidades e Información y Hogar Médico Estos documentos son enviados en la sala de espera. Reconozco que he recibido una copia de cada uno.			
XI. Notificación sobre las Normas de Directivas por Anticipado de Salud (para paciente mayores de 18 años) Las Directivas por Anticipado son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico que desea o no desea una persona en el caso de no tener la capacidad de tomar decisiones, y al mismo tiempo autorizan a alguien para que tome esas decisiones por uno. Las Directivas por anticipado se redactan con anterioridad y frente a testigos antes de caer enfermo o con una lesión grave. De conformidad con la ley federal y estatal, este documento sirve como notificación de que el CHCP archiva sus Directivas por Anticipado por si se presentara una situación de emergencia en la que su vida se encuentre en peligro durante la visita a uno de nuestros Centros o durante su transferencia a otro lugar de tratamiento de nivel más alto. Al firmar este documento doy fe de que estoy de acuerdo y entiendo el contenido de esta notificación. Por favor marque debajo si es que tiene o no tiene una Directiva por Anticipado o si usted quiere recibir información sobre las Directivas por Anticipado: <input type="checkbox"/> Yo tengo una Directiva por Anticipado. <input type="checkbox"/> No tengo una Directiva por Anticipado. <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir información sobre las Directivas por Anticipado.			
XII. Residentes y Estudiantes Yo entiendo que Community Health Centes of Pinellas, Inc. respalda la educación de profesionales médicos y jurídicos y cuenta con Residentes y Estudiantes que podrían asistir y colaborar con mi tratamiento.			

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES DENTALES

Por favor responda las siguientes preguntas:

Si usted llena este formulario por otra persona, ¿Qué parentesco tiene con usted? _____

Último examen físico fue: _____ Referido por: _____

Nombre de su Médico Principal: _____ Teléfono: _____

Dirección del Médico: _____

Sexo del Paciente: Masculino Femenino Estructura del paciente: _____ Peso del Paciente: _____

	Sí	No		Sí	No
¿Está bien de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último año, ¿ha observado cambios de su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa aparatos dentales removibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma esteroides/corticosteroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuma/mastica tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿Cuántos paquetes/latas por día? _____		
¿Alguna vez ha tenido quimioterapia o radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún implante metálico en su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿fue su a cabeza/cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿Dónde? _____		
Alguna vez ha tomado medicamentos para la osteoporosis, por vía intravenosa o una pastilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido una fractura de mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿Qué medicamento y por cuanto tiempo?			¿Alguna vez ha tenido frenos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Ha tenido alguna complicación con un tratamiento dental? En caso afirmativo, ¿qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para Niños: ¿Ha sido el niño sedado para tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Historial Médico: ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes? No Sí (marque lo que corresponda)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas dañadas | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja/desmayo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Las ETS |
| <input type="checkbox"/> Diarrea o perdida de peso | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Úlceras/Reflujo | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas | <input type="checkbox"/> Anemia/Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH, fecha del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma/EPOC | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación | | |

Si usted marco cáncer, ¿Qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____

Alergias: ¿Ha tenido algunas alergias? No Sí (marque lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos: _____ | <input type="checkbox"/> Comida/Ambiental: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Sulfamidas | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Barbitúricos, sedantes, o pastillas para dormir |

Hospitalizaciones/Cirugías:

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? No Sí (llene abajo)

Enfermedades graves/operaciones: _____

Hospitalizaciones: _____

Medicamentos Corriente: Incluye las recetas o medicamentos de venta libre tales como vitaminas, antihistamínicos, Tylenol, y hierbas, etc.

Medicina/Vitamina/Suplemento	Dosis-¿Cuánto tomas?	¿Con qué frecuencia lo toma?	Razon

SÓLO MUJERES:

	Sí	No		Sí	No
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas relacionados con su menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Los antibióticos pueden interferir con la eficacia de las pastillas anticonceptivas.

POR FAVOR, VUELTE LA PÁGINA DE NUEVO →

¿Cuál es su problema dental principal?: _____

- Certifico que he leído y entiendo la anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, sobre este formulario de historial médico, han sido contestadas a mi satisfacción y no voy a aguantar la dentista ni a ningún miembro del equipo dental, responsable por cualquier error u omisión de los que he hecho en el llenado de este formulario.
- Entiendo que si hay un cambio con respecto a mi estado de salud debo notificar a la oficina lo más pronto posible.
- Doy mi consentimiento para la administración de anestesia local que se considere necesario por el dentista a cargo de mi cuidado. Entiendo los riesgos de la anestesia local pueden ser: molestias locales, hinchazón, moretones, llagas, reacciones alérgicas, convulsiones, y entumecimiento temporal y / o permanente. También he leído la hoja adjunta de los beneficios, riesgos y complicaciones de la anestesia local.

Firma del paciente/apoderado legal

Fecha

Para ser completado por el dentista:

- Medical Consult Required: _____
- Pre-Medication Required: _____

Signature of Dentist

Date



El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. ha establecido una " Regla de Privacidad " para ayudar a asegurar que la información médica personal está protegida por la privacidad. La Regla de Privacidad se creó con el fin de proporcionar un estándar para ciertos proveedores de atención de salud para obtener el consentimiento de los pacientes para el uso y divulgación de Información de Salud Protegida (PHI) sobre el paciente, con el fin de llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepan que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo que podamos para asegurar y proteger la privacidad. Nos esforzamos en tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima que sólo aquellos que sentimos están en necesidad de la información de atención de salud, el tratamiento, el pago y / o operaciones de cuidado de la salud, con el fin de proporcionar servicios de salud que se encuentra en su mejor interés.

También queremos que sepan que nosotros apoyamos su pleno acceso a sus expedientes médicos personales. Podemos tener relaciones indirectas de tratamiento con usted (como los laboratorios que sólo interactúan con los médicos y no los pacientes), y puede que tengamos que revelar su de Información de Salud Protegida (PHI) para propósitos de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. Estas entidades generalmente no están obligados a obtener el consentimiento del paciente / tutor.

Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su de Información de Salud Protegida (PHI), pero esto debe hacerse por escrito. Según la ley, tenemos el derecho de negarnos a atenderlo, en caso de que se niega a revelar su Información de Salud Protegida (PHI). Si decide dar su consentimiento en el presente documento, en algún momento en el futuro, usted puede solicitar a rechazar la totalidad o parte de su de Información de Salud Protegida (PHI). Usted no puede revocar las medidas que ya han sido adoptadas, que se basó en esto o un consentimiento firmado previamente.

Sus Derechos de Información de Salud

Aunque su expediente médico es propiedad física del médico o de la institución que los compiló, usted tiene derecho a:

- Revisar y obtener una copia de su Información de Salud Protegida, que incluye la información de facturación.
- Modificar: Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda para mientras la información sea mantenida por o para la instalación. Cualquier solicitud de modificación debe ser enviada por escrito al Director / Oficial de Cumplimiento del Centro o persona designada.
- Podemos negar su solicitud de modificación y, si es así, le notificaremos la razón de la negación.
- Una Contabilización de las Revelaciones: Usted tiene el derecho de solicitar y de contabilidad de accesos. Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica en los que no haya sido necesario solicitar autorización.
- Solicitar Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago o atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulguemos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Toda solicitud de restricción debe enviarse por escrito al Director / Oficial de Cumplimiento del Centro o persona designada.
- Nosotros estamos obligados a aceptar su solicitud solamente si 1) excepto que se requiera por ley la divulgación de su plan de salud y el propósito está vinculada al pago o a operaciones de atención médica (y no a tratamiento) y 2) su información pertenece a la asistencia sanitaria servicios para los cuales usted ha pagado en su totalidad. Para otras peticiones, no estamos obligados a estar de acuerdo. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.
- La comunicación confidencial de pedidos: usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. CHCP cumplirá con las solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales a ubicaciones alternas y configuración o a través de medios alternativos sólo si la solicitud se presentará por escrito y previa petición por escrito incluye una dirección postal donde la persona recibirá facturas por los servicios prestados por la CHCP y la correspondencia relacionada con el pago de los servicios. Por favor, tome en cuenta, que nos reservamos el derecho de comunicarnos con usted por otros medios y en otras ubicaciones si usted no contesta a cualquier comunicación de nuestra parte que requiera una respuesta.
- Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito al / Oficial de Cumplimiento Director del Centro o persona designada. También puede presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

CHCP puede divulgar su Información de Salud Protegida (PHI) :

- A colaboradores que hayamos contratado para prestar algún servicio y para facturarlos;
- Para recordarle que tiene una cita para atención médica;
- Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios;
- Para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento ;
- Para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud ;
- Para informar a Directores Funerarios de conformidad con las leyes aplicables ;
- Para las actividades poblacionales que sirvan para mejorar la salud o reducir los costos de atención de la salud, y
- Para llevar a cabo programas o revisar la competencia de los profesionales de la salud .

Al revelar la información, los recordatorios principalmente de citas y esfuerzos de facturación, podemos dejar mensajes en su contestador electrónico de la máquina / de voz.

Comunicaciones Futuras : Es posible comunicarse con usted a través de boletines, envíos por correo u otros medios relacionados con los servicios de salud, recordatorios , programas de manejo de enfermedades , programas de bienestar u otras iniciativas o actividades basadas en la comunidad que involucran CHCP .

CHCP y miembros de su personal médico se han organizado y le presentan este documento como una notificación conjunta. La información será compartida según sea necesario para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Los médicos y los cuidadores pueden tener acceso a Información de Salud Protegida (PHI) en sus consultorios para ayudar a revisar el tratamiento previo ya que esto podría afectar el tratamiento en este momento.

Como es requerido por la ley, también podemos usar y revelar información médica a los siguientes tipos de entidades, incluyendo pero no limitado a:

- Administración de Alimentos y Drogas
- Salud Pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades , lesiones o discapacidades
- Instituciones Correccionales
- Trabajadores Agentes de Compensación
- Autoridades Militares
- Las agencias de supervisión de salud
- Los Directores de funerales , Médicos Forenses y Examinadores Médicos
- Seguridad Nacional e Inteligencia

Aplicación de la ley / Procedimientos Legales: Podemos divulgar información médica para propósitos de aplicación de la ley como lo exige la ley o en respuesta a una citación válida.

Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA/ Health Insurance Portability and Accountability).

Usted tiene el derecho de revisar nuestra política de privacidad de solicitar restricciones, y revocar el consentimiento por escrito, después de haber revisado nuestra política de privacidad.

CUMPLIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE GARANTÍA PARA NUESTROS PACIENTES

A Nuestros Valorados Pacientes:

El mal uso de su Información de Salud Protegida (PHI) ha sido identificado como un problema nacional causando pacientes inconvenientes, molestias y dinero. Nosotros queremos que sepas que todos nuestros empleados, gerentes y médicos experimentan continuamente la formación para que puedan comprender y cumplir con las reglas y regulaciones del Gobierno en cuanto a la ley del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA/ Health Insurance Portability and Accountability) con especial énfasis en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos para alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en la realización de los servicios a nuestros pacientes.

Es nuestra política para determinar adecuadamente el uso apropiado de la Información de Salud Protegida (PHI) - de acuerdo con las normas gubernamentales, leyes y reglamentos.

Queremos asegurarnos de que nuestra práctica no contribuye, en modo alguno, al creciente problema de la divulgación indebida de Información de Salud Protegida (PHI). Como parte de este plan, hemos puesto en marcha un Programa de Cumplimiento que creemos ayudará a evitar cualquier uso inadecuado de Información de Salud Protegida (PHI).

También sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin cualquier pensamiento de penalización si sienten que un evento de ninguna manera compromete nuestra política de integridad. Más aún, le invitamos a su información respecto a cualquier problema de servicio para que podamos corregir la situación correcta y oportunamente.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes mas valorados!



**COMMUNITY HEALTH CENTERS
OF PINELLAS, INC.**

DERECHOS DEL PACIENTE, RESPONSABILIDADES E INFORMACIÓN

HOGAR MÉDICO

1. En un hogar médico existe un equipo especializado en diferentes disciplinas médicas que le brinda atención de una manera accesible, comprensiva y continua.
2. El hogar médico:
 - Se encarga de coordinar las necesidades de salud del paciente.
 - Conoce a sus pacientes en detalle y en especial a aquellos que tienen necesidades especiales.
3. En un hogar médico:
 - Los pacientes y sus médicos toman decisiones en conjunto y tienen una buena comunicación.
 - Los pacientes tienen acceso fácil para ver a sus médicos.
4. En un hogar médico se fomenta un ambiente de confianza y respeto. El paciente es el centro de atención y recibe cuidado inmediato, efectivo, consistente y seguro.

DERECHOS DEL PACIENTE

El paciente tiene el derecho a:

1. Ser tratado con cortesía y respeto, reconociendo su dignidad individual y protegiendo su privacidad.
2. Que se respondan sus preguntas y peticiones con prontitud.
3. Saber quién le brinda sus servicios médicos y quién es responsable de su tratamiento.
4. Saber qué servicios adicionales están a su alcance, incluyendo si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
5. Saber que reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
6. Rechazar cualquier tratamiento médico, excepto en los casos provistos por la ley.
7. Acceso a tratamiento médico y a las facilidades, independientemente de su raza, origen nacional, religión, incapacidad, o fuente de pago.
8. Tratamiento médico en caso de emergencia.
9. Cambiar de proveedor médico de haber otro disponible.
10. Expresar sus quejas sobre cualquier violación de sus derechos, como se indica en la ley de Florida, a través del proceso de quejas de la oficina y de la agencia licenciadora del estado.

INFORMACIÓN

El paciente tiene el derecho a:

1. Solicitar información con respecto al diagnóstico, plan de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico médico.
2. Recibir, al solitizarlo, información y asesoramiento acerca de la disponibilidad de ayudas económicas.
3. Recibir, al solitizarlo antes del tratamiento, un estimado del costo de la visita.

4. Una copia de una factura detallada y, de ser solicitado, una explicación de los cargos.
5. Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y aceptar o negarse a participar del mismo.

Un paciente que es elegible para Medicare tiene derecho a saber, si lo solicita antes del tratamiento, si el Hogar Médico o clínica acepta la tasa de pago de Medicare.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El paciente es responsable de:

1. Informar al proveedor: datos precisos y completos acerca de sus problemas médicos actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
2. Notificar al personal del hogar médico de cualquier cambio en su estado de salud.
3. Conocer e identificar al personal del hogar médico.
4. Informar al personal de su hogar médico si comprende o no el plan de tratamiento y lo que se espera de usted como paciente.
5. Seguir el plan de tratamiento que es recomendado por el personal del hogar médico.
6. Sus acciones si se niega a recibir o seguir el tratamiento recomendado y las instrucciones de su médico.
7. Informar al hogar médico si tiene un testamento de vida, poder médico, o una directiva avanzada que podría afectar su tratamiento.
8. Asegurarse que su obligación financiera al hogar médico se cumpla con rapidez.
9. Seguir las reglas y regulaciones del hogar médico que se relacionan al cuidado y conducta del paciente.
10. Mantener sus citas y notificar al personal del hogar médico si no puede venir para hacerle otra cita y de esa manera otro paciente puede ser atendido.

De no estar satisfecho con el servicio ofrecido, o si tiene alguna pregunta o preocupación, usted debe de informarlo sin ningún temor. CHCP está interesado en saber si usted no está satisfecho o si tiene alguna pregunta o preocupación y le exhorta a que se comunique con nosotros ó le informe a alguno de nuestros empleados. Ellos pueden ayudarle a resolver cualquier problema o dificultad que usted haya tenido. Si nuestro empleado no puede ayudarle, éste se comunicará con el Gerente de la Oficina o con el Proveedor Médico para que le ayuden. Si usted entiende que sus preocupaciones no han sido atendidas, puede comunicarse con:

El Director de Operaciones Clínicas y Calidad al 727.824.8130

Si aún así, usted no está satisfecho puede someter una queja formal llamando a:

Servicio al Cliente al 1.888.419.3456 o escribiendo a la siguiente dirección:
Administración de Servicios de Salud
Unidad de Servicios al Cliente
P.O. Box 14000
Tallahassee, FL 32317-4000