

Bienvenido

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle las gracias por su confianza en elegir nuestros servicios profesionales. Dado que nuestro objetivo es ofrecerle el mejor servicio posible con profesionalismo y eficacia, le pedimos que lea la siguiente información acerca de tratamientos, confidencialidad y políticas de nuestra oficina.

Objetivos y Metas:

El objetivo principal de nuestra clínica es identificar y ayudar a lidiar de la manera más efectiva los problemas de la vida diaria y conflictos internos que puedan interrumpir su capacidad de funcionar eficazmente.

Este propósito se puede lograr por medio de:

1. Aumentar la conciencia personal.
2. Aumentar la responsabilidad personal y aceptar hacer los cambios necesarios para alcanzar sus metas.
3. Identificar las metas de tratamiento personales.

Usted es responsable de proporcionar la información necesaria para facilitar un tratamiento eficaz. Se espera que usted juegue un papel activo en su tratamiento, incluyendo trabajar con su proveedor para fijar sus metas de tratamiento y evaluar su progreso. Existe la posibilidad de haber consecuencias negativas si no se sigue el tratamiento recomendado.

Se le puede pedir que llene cuestionarios. Su progreso a menudo depende mucho más de lo que se hace fuera de las sesiones, que de lo que suceda en la sesión.

Acuerdo de Confidencialidad:

Los temas discutidos con su proveedor son importantes y están legalmente protegidos tanto en general como confidencial y "privilegiados". Sin embargo, hay límites para el privilegio de la confidencialidad. Estas situaciones incluyen: 1) sospecha de un abuso o negligencia de un niño, un anciano o una persona con discapacidades, 2) cuando el médico cree que usted está en peligro de hacerse daño a sí mismo o otra persona, o usted es incapaz de cuidar de sí mismo, 3) si usted reporta que tiene la intención para dañar alguien físicamente, la ley exige que el médico debe informar a esa persona, así como a las autoridades, 4) si el tribunal ordena al doctor divulgar información como parte de un compromiso legal en una litigación de la empresa, 5) cuando su compañía de seguro médico está involucrada, por ejemplo, en la presentación de una reclamación, auditorías de seguros, revisión de casos o apelaciones, etc., 6) en los desastres naturales mediante el cual los registros protegidos puedan quedar expuestos o, 7) cuando es requerido por la ley. Se le puede pedir que firme una revelación de información del modo que el médico puede hablar con otros profesionales de la salud mental o a miembros de su familia.

Si usted está preocupado por algunos de sus datos, usted tiene derecho a pedirnos a no usar o compartir parte de su información con propósitos de su tratamiento, pago o administrativos. Dicha solicitud deberá hacerse **por escrito**.

Después de haber firmado el formulario de consentimiento, usted tiene el derecho de revocar en cualquier momento, escribiendo una carta informándonos que ya no da su consentimiento para el uso y revelación de su información de salud personal. Al recibir su carta, cumpliremos con sus deseos acerca de usar o compartir su información partir de ese momento.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo el Acuerdo de Confidencialidad.

Firma del paciente/guardián

Fecha

Mantenimiento De Su Expediente:

Una nota clínica es mantenida, describiendo su condición, su tratamiento y el progreso en este, al igual que fechas y cuotas por sus sesiones. Su expediente no será publicado sin su consentimiento por escrito, a menos que alguna de las situaciones mencionadas anteriormente en confidencialidad suceda.

Cancelaciones y Citas Perdidas:

Una vez que su cita sea programada, usted será responsable por el pago de la cita al menos de que provea una notificación de 48 horas para citas de nuevos pacientes o 24 horas para citas de pacientes establecidos. Si usted no proporciona la notificación de **48 o 24 horas**, o no se presenta a la cita, usted será responsable por el costo total de la cita. Tenga en cuenta que las compañías de seguro médico a menudo no reembolsan por citas perdidas o citas que se cancelan tarde.

Nuestra oficina está consciente de que nadie puede predecir emergencias o desastres. Sin embargo se le pide consideración y cortesía. Si se presenta más de 15 minutos tarde a su hora de cita, por favor tenga en cuenta que existe la posibilidad de que su cita sea cancelada o reprogramada para no incomodar al paciente siguiente.

Tenga en cuenta que en el caso de una cita perdida, reprogramada o cancelada, sus medicamentos no podrán ser rellenados.

Por favor recuerde que las llamadas / textos / correos electrónicos de recordatorio son una cortesía. Usted es responsable de recordar su cita independientemente de si recibió un recordatorio o no.

Correo Electrónico:

Por favor, recuerde que el correo electrónico tiene la privacidad de una tarjeta postal. Antes de enviar un correo electrónico, tenga cuidado con revelar su información. Los correos electrónicos no pueden ser un medio para manejar una crisis, dado que no podemos estar al pendiente del tiempo de llegada de correos electrónicos. Si se trata de una emergencia médica, por favor contacte al 911. Por lo demás, usted puede comunicar con nuestra oficina por correo electrónico para asuntos no inmediatos.

Mensajes de Correo de Voz:

Tenga en cuenta que no estamos en la oficina todos los días, pero nos comprometemos a regresarle su mensaje de voz en un día hábil. Si usted tiene una emergencia que amenaza la vida, preocupado que va herir o matarse a sí mismo, o se va a lastimar o matar a otra persona, por favor déjenos un mensaje y llame inmediatamente al 911. Le sugerimos que tenga los números del departamento de emergencia y del hospital programados en su teléfono celular.

Solicitudes Adicionales:

Cualquier otro servicio profesional que requieren más de 5 minutos, como la redacción de informes, las conversaciones telefónicas (no de emergencia), la preparación de resúmenes de tratamiento, o el tiempo gastado para realizar cualquier otros servicios que sean solicitados se cobrará \$ 80.00 por cada incremento de 10 minutos, similar a la cuota por tratamiento. Incapacidad Temporal y documentación FMLA se le cobrará \$ 50.00. Las cartas como para obtener 504 en la escuela, ausencias escolares y/o cartas de medicamentos tendrán un costo de \$ 10.00

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo las políticas de la oficina mencionadas anteriormente.

Firma del paciente/guardián

Fecha

Políticas de Sustancias Controladas

Por favor tenga en cuenta que es muy peligroso para su salud y una violación para la ley el obtener prescripciones de sustancias controladas prescritas por diferentes doctores al mismo tiempo. Para su conocimiento, cuando un doctor le prescribe una sustancia controlada, el doctor podrá obtener historial de sus medicamentos prescritos anteriormente mediante los siguientes métodos:

pedir su historial médico con sus doctores actuales y/o doctores pasados; pedir información de su farmacias actuales y/o farmacias pasadas; y/o conducir un reporte con el DPS.

- Usted reconoce y acepta notificar a nuestra clínica de cualquier medicamento inquirido, también como de cualquier condición médica o efectos adversos que usted pueda experimentar al indigestar cualquier medicamento. Usted solo debe usar la dosis de la sustancia controlada prescrita por el doctor. Usted no debe compartir, vender, tratar o intercambiar sus prescripciones por algún tipo de ingresos económicos, productos, servicios, o cualquier otra manera que permita a algún individuo el poseer o usar estas prescripciones. Usted acepta guardar y/o mantener estas prescripciones en un lugar seguro
- Rellenos de medicamento son exclusivamente determinados por su doctor. **Absolutamente no rellenos tempranos serán proveídos bajo cualquier circunstancia (por ejemplo: robadas, perdidas, extraviadas, exceder la dosis prescrita, etc.)**
- Sustancias controladas de categoría II pertenecientes a medicamentos estimulantes (Adderall, Ritalin, Concerta, Focalin, Dexedrine, Quillivant, Daytrana, ProCentra, etcétera.) no pueden ser llamadas o mandadas por fax a la oficina y DEBEN de ser llenadas dentro de los primeros 21 días. En caso de que una prescripción por cualquier estimulante no sea llenada dentro de los primeros 21 días, la receta expirada DEBE de ser entregada a la clínica antes de que una nueva prescripción pueda ser escrita. Por favor, tenga en cuenta que hay un cargo de \$20.00 (veinte dólares) por reescribir prescripciones expiradas.
- Cambios y/o alteraciones a las prescripciones serán solo hechos en el transcurso de visita a la clinica y nunca por via telefónica y/o durante horas de no servicio.
- Exámenes de orina podrán ser requeridos para tener seguimiento del consumo de sustancias controladas prescritas y también para rastrear el uso de sustancias ilegales. Negarse a consentir el examen de orina puede ser motivo para la discontinuación de sus prescripciones.
- Alteraciones en la fecha, cantidad, dosis o alterar la prescripción en algún modo, o en alguna manera es prohibido. Falsificar prescripciones y/o la firma de su doctor es prohibido y viola la ley estatal y federal.
- Nuestra clínica coopera con agencias gubernamentales locales, estatales, y federales, tambien con el Drug Enforcement Agency (DEA) y con el Department of Public Safety (DPS) en relación con las infracciones que envuelven los medicamentos prescritos.

La farmacia del paciente, autoridades locales y DEA serán notificados si el doctor tratante cree que la ley ha sido violada en alguna manera por el paciente.

Si es determinado que alguna de las políticas mencionadas anteriormente han sido violadas, las peticiones para prescripciones cesarán y el paciente será destituido del cuidado de esta clínica.

Reconocimiento de políticas de sustancias controladas:

He leído y entendido las políticas acerca las sustancias controladas. Acepto a los términos envueltos en las políticas de sustancias controladas y he recibido una copia the estas políticas. Yo entiendo que si alguna de las políticas mencionadas anteriormente son violadas o escojo no seguirlas; seré despedido(a) de la clínica y no recibiré rellenos del doctor tratante.

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

Firma del Paciente (o Guardián legal, si es menor): _____

Prescripciones y rellenos de Medicamento:

Si nota que se le están terminando los medicamentos y no tiene más rellenos registrados en su farmacia, usted debe llamar y hacer una cita lo antes posible. Por favor, permita un tiempo de (2-3 semanas) para programar su cita para poder garantizar un relleno de medicamento. Los proveedores autorizará solicitudes de rellenos de medicamento a discreción del paciente, basado en los mejores intereses y seguridad del paciente. Si recientemente vio al doctor y necesita un relleno de medicamento por favor contacte a su farmacia y solicite un relleno de medicamento.

Por favor, permita cinco días hábiles para completar la solicitud de relleno de medicamentos. Nuestra oficina no hace rellenos de medicamento durante fines de semana o días festivos.

Por favor, note que si usted necesita un relleno de medicamento el mismo día, habrá un cargo de \$25.00. Si usted necesita una receta de sustancia controlada reescrita (incluyendo prescripciones expiradas) habrá un cargo de \$20.00.

Prescripciones para sustancias controladas- prescripciones para medicamentos estimulantes (sustancias controladas categoría II) no pueden ser llamadas o mandadas por fax a la farmacia y deben ser surtidas dentro de los primeros 21 días. Si necesita que la prescripción sea reescrita, la prescripción expirada debe de ser entregada a la clínica antes de que pueda recibir la nueva prescripción.

Pago:

Todos los cargos de la oficina deben ser pagados al momento de la cita (co-pagos, deducibles, servicios no cubiertos). Para su conveniencia, esta oficina acepta efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover, American Express y otras tarjetas de débito. Habrá una multa de \$25.00 por cualquier cheque que sea no pagado y regresado por su banco. Si su cuenta con la clínica tiene un pago atrasado por más de 60 días, tenemos la opción de usar medios legales para asegurar el pago, incluyendo agencias de colecciones, o cortes de reclamaciones. En casi todos los casos, la información que proveeremos será su nombre, servicios proveídos, y la cantidad debida.

Facturación de Aseguranza y Pago:

Nuestra oficina acepta varias aseguranzas comerciales. Nuestra oficina no llena formas de reclamo de aseguranzas con aseguranzas que no tenemos contrato. Pero tenemos el placer de proveer un recibo, el cual incluye la información necesaria para hacer reclamaciones a su compañía de aseguranza médica.

Como cortesía hacia usted, nosotros cobraremos directamente a su aseguranza principal por los servicios médicos proveídos por esta clínica. Mientras hacemos nuestro mejor intento para verificar su cobertura médica, no garantizamos que la información proveída por su aseguranza médica sea correcta. Le recomendamos que contacte su plan de aseguranza directamente si tiene cualquier pregunta acerca su cobertura de servicios médicos.

En adición, usted será responsable de por pagos de servicios no cubiertos por su aseguranza al momento que el servicio es dado. En el caso de que su aseguranza subsecuentemente pague por servicios que fueron clasificados como “no cubiertos,” su dinero será reembolsado. Note que es su responsabilidad notificar a esta clínica de cualquier cambio con su aseguranza medica.

Por favor, tenga en cuenta que últimamente usted es responsable por pagos por servicios medicos dados por esta clinica.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido las políticas antes mencionadas.

Firma del Paciente, Padre/Guardian

Fecha

Frase de Notificación sobre aseguranza:

Yo, _____, acepto notificar a la oficina por lo menos un día anterior a mi cita de
(Guardián, el Paciente, Guardiánán o Guardian)
cualquier cambio en mi aseguranza medica. Entiendo que la oficina no puede verificar mis beneficios de salud mental el mismo dia de mi cita. También entiendo que que si mi aseguranza requiere “no-precertificación” o que si no hay deducible, la oficina no puede verificar mis beneficios el mismo dia de mi cita. Yo entiendo que si no contacto la oficina por lo menos el día anterior a mi cita, aceptare pagar precio completo por la visita. Entiendo que esta será mi única notificación a menos de que la manager de la oficina o el doctor supervisor indique lo contrario.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido las políticas antes mencionadas.

Firma del Paciente, Padre/Guardian

Fecha

Autorización de Tarjeta de Crédito

Yo, _____, autorizo Benjamin’s Behavioral Health Services cargar mi tarjeta de
(Nombre Guardiánaciente, Padre o Guardian)
crédito en el evento de que yo pierda una cita hecha por mi en la clínica, y/o que no notifique la clínica con tiempo de mi inhabilidad de estar presente para mi cita.

Por favor, recuerde que todas sus citas de seguimiento necesitan de ser canceladas por lo menos 24 horas antes de la cita y todas las citas para nuevos pacientes necesitan de ser canceladas por lo menos 48 horas antes de la cita.

Notece que llamadas/textos/e-mails de recordatorio son solamente cortesía. Usted es responsable por su cita independientemente de si recibió un recordatorio o no.

En educacion, autorizo Benjamin's Behavioral Health Services revelar información acerca atendencia/cancelaciones a mi compañía de tarjeta de crédito si decido disputar algún cargo.

Tipo de tarjeta de crédito (circule uno): Visa MasterCard Discover American Express

Tarjeta #: _____ Fecha de expiracion: _____

Nombre imprinto en la tarjeta: _____

Dirreccion de facturacion: _____

(Numero, Calle, Ciudad, Estado & Codigo Postal)

Firma _____

Fecha: _____

(paciente o persona responsable economicamente)

Esta forma será guardada seguramente en su cuadro clínico y podrá ser cambiada o alterada a su solicitud en cualquier momento. Por favor note que su tarjeta de crédito no será cargada a menos que alguna de las siguientes condiciones applique: no presentarse a una cita programada, cancelar una cita de nuevo paciente en menos de 48 horas hábiles previas a la cita, cancelar una cita de seguimiento en menos de 24 horas hábiles previas a la cita, o participar en tratamiento (por ejemplo, cita o sesión por telefono) sin pago recibido.

Consentimiento Informado Para Tratamiento

Los riesgos, beneficios, efectos secundarios y tratamientos alternativos, así como las consecuencias de no seguimiento con el tratamiento han sido discutidas con migo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Ninguna promesa se me ha hecho acerca los resultados de mi tratamiento.

Entiendo que necesito proveer mi información exacta a mi proveedor para que pueda obtener un tratamiento efectivo. Tambien acepto jugar un rol activo en el proceso de mi tratamiento. Entiendo que podré terminar el tratamiento a cualquier momento.

Mi firma abajo representa que entiendo y acepto con todas la declaraciones antes mencionadas y que doy permiso para ser evaluado(a) y tratado(a). He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta acerca de el proceso de tratamiento. Tambien acepto garantizar pago por los servicios del proveedor.

Si el paciente es un menor o tiene un guardián legal asignado por la corte, el padre o guardián legal del paciente debe firmar este consentimiento

Si usted no firma esta forma de consentimiento aceptando las provisiones acerca las notificaciones de privacidad, prácticas, políticas y procedimientos, no podrá ser tratado(a).

Gracias por su cooperación y bienvenidos a nuestra clínica!

Firma del Paciente, Padre o Guardian

Fecha

Nombre Imprinto

Relacion con el paciente (si aplica)

Nombre Imprinto del Testigo

Titulo

Firma del Testigo

Fecha

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Patient Copy Office Copy

Información Del Paciente

Fecha _____

Información Demográfica del Paciente

Nombre Completo del Paciente (como aparece en la tarjeta de seguridad) _____

No de Seguro Social. _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección Completa _____

Telefono de casa _____ Celular _____

E-mail _____

Empleador _____ No. Telefónico de trabajo _____

Referido por _____

Información Demográfica del Garante (si difiere de la información anterior)

Nombre Completo _____

No. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección Completa _____

Telefono Casa _____ Celular _____

Dirección de email _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

En caso de emergencia, esta oficina podrá contactar a:

Nombre y número del contacto de emergencia _____

Relación con el paciente _____

Información del Plan de Beneficios Médicos:

Primaria		
Compania de aseguranza médica:	Compania de salud mental:	# de salud mental:
# de identificación del paciente:		Grupo #:
Suscriptor:	No. de Seguro Social del suscriptor:	
Fecha de Nacimiento:	Relacion con el Paciente:	No. de telefono del suscriptor:

Revelacion del Historial medico del paciente

En general, las reglas de privacidad "HIPAA" da a pacientes el derecho de pedir una restricción en usos y revelaciones de de su información médica protegida (PHI). El paciente es proveído con el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que alguna comunicación de información médica protegida es hecha por medios alternativos, como correspondencia a la oficina del paciente en vez de al hogar del paciente.

Deseo ser contactado por medio de la siguiente manera(por favor, denos su primera preferencia):

- Telefono de Casa: _____
 - Esta bien dejar mensajes con información detallada
 - Dejar mensaje con un número para regresar la llamada solamente

- Celular: _____
 - Esta bien dejar mensajes con información detallada
 - Dejar mensaje con un número para regresar la llamada solamente

- Telefono de Trabajo: _____
 - Esta bien dejar mensajes con información detallada
 - Dejar mensaje con numero para regresar la llamada solamente

Firma del Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____

Permiso Para Compartir Información Médica Protegida Medico General o de Familia

Los estandares de el National Committee for Quality Assurance (NCQA) requieren que proveedores de salud mental y conductual se comuniquen rutinariamente con los doctores generales o familiares del paciente, para ayudar a asegurar que el paciente reciba cuidado médico comprensivo y de calidad. Esta información incluye diagnósticos, planes de tratamiento, pronósticos y medicamentos si es necesario.

Yo, _____, _____, _____, con los propósitos de coordinar cuidado
(Nombre del Paciente) (fecha de Nacimiento) (No. De Seguro Social)

medico, autorizo Benjamin's Behavioral Health Services compartir informacion relacionada con mi evaluacion medica y tratamiento.

Medico General: _____ Telefono: _____ Fax: _____

Direccion completa del medico general : _____
(Calle) (Ciudad, Estado, Codigo Postal)

Yo, el firmador, entiendo que puedo revocar este contenido con una notificación escrita en cualquier momento, excepto en el evento de que acciones han sido tomadas sobre el asunto. [Paciente, por favor, escoja una opción]

Para **compartir/recibir** cualquier información aplicable hacia salud mental/ abuso de sustancias para/de mi doctor general.

Para **compartir/recibir** informacion para my doctor general que es solo acerca para/de mis medicamentos.

No doy mi consentimiento para compartir alguna información hacia mi doctor general

No tengo, o estoy cambiando un médico general y dar seguimiento a la oficina si hay algún cambio.

Firma del paciente, padre o guardián (si es menor de 16)

Fecha

Nombre Imprinto

Relacion con el Paciente (si aplica)

Informacion para el Doctor General o de Familia

Evalúe al paciente _____ Por el tratamiento de _____.

El plan de tratamiento es _____.

Medicamento no fue indicado Paciente rechazó medicamentos Psicoterapia recomendada antes que medicamento

Recomiendo la(s) siguientes intervenciones medicas del doctor familiar antes dentro de los ____ dias de haber iniciado medicación:

Examen fisico Laboratorios: ICBC Panel Quimico IUA Estudios de la Tiroides

Examen de Hígado EKG Otro: _____

En este momento, intervención médica no es necesaria.

Por favor, tenga la libertad de contactar nuestra oficina con cualquier pregunta o duda con respecto a nuestro mutuo paciente. Gracias.

(Firma del Proveedor)

(Nombre del proveedor, Titulo)

(Fecha)

Benjamin's Behavioral Health Services

A la parte recibidora de esta información: Si la información es reveladora con respecto al abuso de sustancias o alcohol protegida por las reglas de confidencialidad federales (42CFR Part2), esas reglas le prohíben el hacer mas revelaciones de esta información, al menos de que revelaciones futuras sean permitidas por medio de un consentimiento escrito de parte de la persona a quien la informacion es perteneciente o de otra manera permitidas por estas reglas.

Consentimiento Para Compartir Información Médica Otra Entidad

Yo, _____, _____, _____, con el proposito de coordinar cuidado
(Nombre de Paciente) (Fecha de nacimiento) (Numero social de paciente)

medico, autorizo Benjamin's Behavioral Health Services compartir informacion relacionada con mi evaluacion y tratamiento con:

Nombre Completo: _____ Telefono: _____ Fax: _____

Direccion Completa: _____
(Calle) (Ciudad, Estado,Codigo Postal)

Relacion de paciente: _____

Yo, _____, _____, _____, con el proposito de coordinar cuidado
(Nombre de Paciente) (Fecha de nacimiento) (Numero social de paciente)

medico, autorizo Benjamin's Behavioral Health Services compartir informacion relacionada con mi evaluacion y tratamiento con:

Nombre Completo: _____ Telefono: _____ Fax: _____

Direccion Completa: _____
(Calle) (Ciudad, Estado, Codigo Postal)

Relacion con paciente: _____

Yo, _____, _____, _____, con el proposito de coordinar cuidado
(Nombre de Paciente) (Fecha de nacimiento) (Numero social de paciente)

medico, autorizo Benjamin's Behavioral Health Services compartir informacion relacionada con mi evaluacion y tratamiento con:

Nombre Completo: _____ Telefono: _____ Fax: _____

Direccion Completa: _____
(Calle) (Ciudad, Estado, Codigo Postal)

Relacion con paciente: _____

Yo, El firmador, entiendo y puedo revocar este consentimiento con una notificación escrita en cualquier momento excepto en el evento de que acciones han sido tomadas sobre el asunto. [Paciente, por favor, escoja una opción]

Para **compartir/recibir** cualquier información aplicable hacia salud mental/ abuso de sustancias para/de mi doctor general.

Para **compartir/recibir** informacion para my doctor general que es solo acerca para/de medicamentos de la persona mencionada anteriormente.

Otro _____

Firma del paciente, padre o guardián (si es menor de 16)

Fecha

Nombre Imprinto

Relacion con el paciente (si aplica)

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE LEA CUIDADOSAMENTE

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nosotros usamos y compartimos información médica acerca de su tratamiento, pagos, y operaciones médicas; por ejemplo:

Tratamiento: Nosotros podremos hacer uso o compartir su información médica a algún doctor o algún proveedor médico que provea tratamiento a usted, o a familia y amigos que usted apruebe.

Pago: Podremos hacer uso o compartir información médica para obtener pagos por servicios proveídos a usted.

Operaciones Médicas: Podremos hacer uso o compartir su información médica en conexión con otras operaciones médicas. Operaciones médicas incluyen valoración de la calidad y mejora de actividades, revisando la competencia o calificaciones de profesionales médicos, evaluación práctica y rendimiento del proveedor, conducir programas de entrenamiento, acreditación, certificación, obtención de licencias y/o credenciales.

Su Autorización: En adición al uso de su información médica para tratamiento, pago, u operaciones médicas, usted nos podrá dar una autorización escrita para hacer uso de su información médica o compartir la a alguien para un cierto propósito. Usted también tiene el derecho de solicitar restricciones en el compartimiento de su Información medical personnel, o medios alternativos de comunicación para asegurar privacidad.

Servicios Relacionados con el Mercadeo Médico: No haremos uso de su información médico con el proposito de comunicación mercantil sin su autorización escrita.

Requerido por la Ley: Podremos hacer uso o compartir su información médica cuando esta sea requerida por la ley o por las actividades de seguridad nacional.

Abuso o Negligencia: podremos compartir su información médica a las autoridades apropiadas cuando sospechamos abuso o negligencia de su parte.

Recordatorio de Citas: podremos hacer uso o compartir su información médica para proveerle con recordatorio de citas (como mensaje de voz, cartas, o correos electronicos).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información médica con excepciones limitadas. Si usted solicita copias, cobraremos una cuota razonable para localizar copiar su información, y mandar por correo si usted solicita copias enviadas por correo.

Amendamiento: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información médica.

QUEJAS Y PREGUNTAS

Si necesita más información acerca de nuestras prácticas de privacidad y si tiene preguntas o preocupaciones, por favor contactenos.

Si usted esta preocupado por que cree que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad, o no concuerda con alguna decision que hicimos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una enmienda o restricción del uso de su información médica que usted haya solicitado, o que nos hemos comunicado con usted por medios alternativos o localidades alternativas; usted podrá quejarse con nosotros usando la información mostrada al pie de esta notificación. Usted tambien para presentar

Usted podrá quejarse con nosotros usando la información listada al final de esta notificación. Usted tambien para someter una queja escrita al U.S Department of Health and Human Services. Nosotros le proveeremos con la dirección para llenar su queja con el U.S. Department of Health and Human Services a su solicitud.

Nosotros apoyamos sus derechos a la privacidad de información médica. No tomaremos represalias ningún modo si usted escoge llenar una queja con el U.S. Department of Health and Human Services. Un oficial de privacidad ha sido designado a esta oficina. El oficial de privacidad puede ser contactado simplemente contactando la oficina y pedir hablar con el Gerente de la oficina quien sirve como el oficial de privacidad.

Al firmar abajo, yo reconozco que he recibido esta notificación de practicas privadas.

Firma del Paciente, Padre o Guardian Legal

Fecha