



Fecha de aplicacion: _____ Médico Dental Salud Conductual Visión Cuero

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<p>APELLIDO: _____</p> <p>NOMBRE DE PILA _____ Inicial del segundo nombre: _____</p> <p>Ex último Nombre: _____</p> <p>Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____</p> <p>SSN: _____ - _____ - _____</p> <p>Dirección: _____ _____</p> <p>Código postal: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Estado: _____</p> <p>Número de fuente: _____ - _____ - _____</p> <p>Consentimiento para enviar mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (recordatorios de cita)</p> <p>* Permiso para dejar un mensaje de voz <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Correo electrónico: _____</p>	<p>¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Eres un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>* El Centro de Salud Comunitario (CHC) NO ES UN SEGURO. Todos los servicios prestados por CHC son GRATUITOS. CHC es impulsado por voluntarios y financiado por la comunidad.</p> </div> <p style="text-align: center;"><u>CONTACTO DE EMERGENCIA</u></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Relación: _____</p> <p>Número de fuente: _____ - _____ - _____</p> <p style="text-align: center;"><u>INFORMACIÓN DE EMPLEO</u></p> <p>Nombre del empleador: _____</p> <p>Teléfono del empleador: _____ - _____ - _____</p> <p>Ocupación: _____</p>
<p>Idioma: _____</p> <p>Raza/etnia: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> DTA <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> DTA</p> <p>Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> DTA</p> <p>Pronombres: <input type="checkbox"/> él/él <input type="checkbox"/> ella/ella <input type="checkbox"/> ellos/ellas <input type="checkbox"/> DTA</p> <p>Ciudadano de los <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Residente de U.S. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Educación: <input type="checkbox"/> Algún instituto <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad <input type="checkbox"/> DTA</p> <p>Estado de Medicaid: <input type="checkbox"/> Pendiente (Fecha de aplicación): _____ <input type="checkbox"/> No he aplicado <input type="checkbox"/> No elegibles-Incumplimiento <input type="checkbox"/> Ingresos no elegibles <input type="checkbox"/> No eligible-Ciudadanía <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Highmark Wholecare <input type="checkbox"/> UPMC <input type="checkbox"/> United Healthcare</p> <p>Transporte: <input type="checkbox"/> Tengo transporte <input type="checkbox"/> NO tengo transporte</p> <p>Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desactivado <input type="checkbox"/> Desempleados</p>
<p>¿Cómo te enteraste? <input type="checkbox"/> Butler Hospital <input type="checkbox"/> CCR <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Paciente actual/anterior <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Hospital (Otro) <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Agencia de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> TV/Radio <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p style="text-align: right;">*DTA (Declinar responder)</p>	

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

CHC define "hogar" como el solicitante, su cónyuge y sus dependientes.

Si es SOLTERO, indique solo sus ingresos y el total de hijos (si corresponde) en el hogar.

Si está CASADO, indique sus ingresos y los de su cónyuge y el total de hijos (si corresponde) en el hogar.

Total # en el hogar: _____

de Adultos: _____

de Niños (menores de 18 años): _____

\$ _____

**Hogart total
Ingreso mensual**

¿Presentaste una declaración de impuestos el año pasado?

Sí No

¿Declaración de impuestos adjunta?

Sí No

* Para solicitar una copia de su declaración de impuestos, complete el formulario 4506 del IRS o llame al 1-800-908-9946

A continuación, identifique a todos los miembros del hogar y todas las fuentes de ingresos del hogar.

Nombre	Fecha de nacimiento	Fuente de ingresos <small>(empleo, SSI, manutención infantil, desempleo, jubilación, etc.)</small>	Importe <small>(bruto mensual)</small>	Prueba adjunta
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Por qué necesito proporcionar mis recibos de sueldo y declaraciones de impuestos? Estos documentos son **REQUERIDO** para determinar la elegibilidad para los servicios en el CHC y será necesario para adquirir medicamentos de forma gratuita o a un costo reducido. Muchos fabricantes de medicamentos cuentan con asistencia Programas de Asistencia para Medicamentos Recetados (PAP). **TODOS los fabricantes de medicamentos que ofrecen PAP REQUIEREN verificación de ingresos.**

* Por favor, firme solo si se indica **NO INGRESOS**

DECLARACIÓN DE NO INGRESOS

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta), confirmo el hecho de que **NO he recibido** ni he recibido ningún ingreso en los últimos **TRES** meses. Esto incluye salarios de empleo o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, asistencia en efectivo, manutención de los hijos, pensión, seguro social, desempleo y/o compensación laboral.

Certifico que la información proporcionada es completa y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que los servicios que brinda el Centro de Salud Comunitario se basan en pautas de ingresos. Entiendo que al trabajar o recibir cualquier ingreso, debo presentar un comprobante de ingresos al Centro de Salud Comunitario.

Nombre en letra de molde _____ Firma _____ Fecha _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIA Y FÍSICO

¿Ha estado en el hospital o en la sala de emergencias en los últimos 12 meses?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas visitas ha tenido en los últimos 12 meses? _____

¿Vives en un entorno inseguro o teme por su seguridad física?

Sí No

¿Quién fue su médico de atención primaria anterior? _____ ¿Fecha de la última vez? _____

¿Está recibiendo servicios de salud conductual (asesoramiento)? Sí No

¿Nombre de la instalación y fecha de la última visita? _____ / ____ / ____

LISTA TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES:

(incluidos medicamentos recetados, aspirina, vitaminas, suplementos, remedios a base de hierbas y medicamentos de venta libre)

Traiga todas las recetas actuales a su cita médica inicial.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FARMACIA PREFERIDA:

Alergias:

¿Tienes alergia al látex? Sí No

Vacunas:

Vacuna contra la gripe: _____ (Año) Tétanos: _____ (Año) Hepatitis B: _____ (Año)
Prueba de tuberculosis: _____ (Año) Covid-19: _____ (Año)
Neumonía: _____ (Año)
¿Otro? _____ (Año)

Historia Social:

	Actual	Anterior	
¿Consumo de cigarrillos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos paquetes por día? _____
¿Masticar tabaco/rapé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto tiempo hace que fumas? _____
¿Drogas ilícitas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas bebidas a la semana? _____
¿Cafeína?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas tazas al día? _____
¿Abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Gafas/Contactos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____
¿Dentadura postiza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo fue su último examen dental? _____
¿Cinturones de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ejercicio regular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Estado del cigarrillo electrónico/vapeador?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Anterior		

HISTORIAL MÉDICO (Condiciones médicas actuales y pasadas):

Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras de estómago/ERGE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis/enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cálculos biliares/enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Biliar Enfermedad renal/cálculos renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ataque	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha _____		Infección de vejiga o riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo _____		Gonorrea/Sífilis/Clamidia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Abuso de Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo _____		Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad/Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias (ambientales)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Neumonía/Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especificar _____	
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	

Historia Quirúrgicos:

_____ (Fecha) _____

_____ (Fecha) _____

Más Reciente:

PAPILLA: _____ (Año) Trabajo de laboratorio _____ (Año) EKG _____ (Año)

Mamografía: _____ (Año) Colonoscopia _____ (Año)
 (Parentesco: madre, padre, hermano, hermana, abuela o abuelo paterno/materno, tía o tío paterno/materno)

Antecedentes Familiares:

Abuso de Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Trastorno Sanguíneo/Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Tipo _____			
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Nefropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Enfermedad Mental/Suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Seizures/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Úlceras Estomacales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	_____

JEAN B PURVIS COMMUNITY HEALTH CENTER OF BUTLER COUNTY

103 Bonnie Drive, Butler, PA 16002 | Teléfono: 724.841.0980 | Fax: 724.841.0984 | info@butlerhealthclinic.org

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

APELLIDO:	_____
NOMBRE:	_____
Inicial del segundo nombre:	_____
Fecha de nacimiento:	____ / ____ / ____
SSN:	____ - ____ - ____
Teléfono:	____ - ____ - ____



Utilice el código QR anterior para acceder a la Aplicación en línea o acceda a la Aplicación en: www.butlerhealthclinic.org

Modo de empleo: Utilice la cámara de su teléfono inteligente para escanear el código QR. A continuación, se le pedirá que siga un enlace. Este enlace le llevará a la aplicación en línea.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la prestación de atención médica por parte del Centro de Salud Comunitario (CHC). Entiendo que esta clínica cuenta con un equipo de atención médica que puede incluir médicos, dentistas, enfermeras practicantes, enfermeras, técnicos y otros voluntarios. Acepto libremente la atención de este equipo de atención médica y reconozco el establecimiento de la relación proveedor/paciente. Además, entiendo que este equipo de atención médica brindará información y/o atención; sin embargo, mantengo el derecho de tomar todas las decisiones con respecto a mi atención.

Entiendo que CHC puede obtener medicamentos para mi tratamiento a través de los Programas de Asistencia al Paciente (PA, por sus siglas en inglés) patrocinados por las principales compañías farmacéuticas. Si cumplo con los requisitos de elegibilidad para PAP, autorizo al Director Médico de CHC o a la persona designada a firmar con mi nombre en el formulario de pedido de medicamentos. Mi nombre solo se firmará en las órdenes de medicamentos específicamente para mí, según lo recetado por mi proveedor de atención médica.

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado por mí, por escrito.

Imprimir nombre _____ Signature _____ Date _____

AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL Y LA RECOGIDA DE MEDICAMENTOS

Autorizo a CHC a comunicar verbalmente mi información médica con las siguientes personas. Las personas que se enumeran a continuación también tienen permiso para recoger mis medicamentos del CHC si no puedo recogerlos en persona.

Nombre (en letra de imprenta)

Relación con el paciente

Nombre (en letra de imprenta)

Relación con el paciente

ACUSE DE RECIBO

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- **Declaro** que he completado esta solicitud lo mejor que he podido y que toda la información proporcionada es verdadera y precisa.
- **Acepto** proporcionar la siguiente documentación: identificación con foto, comprobante de ingresos familiares y una copia de mi declaración de impuestos más reciente.

(Se requiere comprobante de ingresos para determinar la elegibilidad para servicios y medicamentos).

- **Acepto** actualizar a CHC con cualquier cambio en mis ingresos y/o estado de seguro médico.
- **He** recibido una copia de la siguiente documentación:
 - Declaración de comprensión del paciente
 - Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA
 - Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA) de Free Clinic

Imprimir nombre _____ Signature _____ Date _____

DECLARACIÓN DE COMPRENSIÓN DEL PACIENTE

REVISE LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE PARA COMPRENDER LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR EL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO (CHC) Y SUS RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE.

- **Entiendo** que **TODOS** los servicios proporcionados por el Centro de Salud Comunitario (CHC) son gratuitos.
- **Entiendo** que los servicios proporcionados por CHC pueden incluir atención médica primaria, atención dental básica, programas de salud y bienestar, salud conductual, asistencia con recetas, administración de casos y educación del paciente.
- **Entiendo** que CHC no duplica los servicios disponibles en la comunidad.
- **Entiendo** que CHC no brinda atención de emergencia. Si creo que mi preocupación es urgente o potencialmente mortal, buscaré servicios en la sala de emergencias más cercana a mi cargo.
- **Entiendo** que, a veces, es posible que me remitan a otro proveedor o especialista. Algunos proveedores o especialistas pueden proporcionar servicios de forma gratuita o a un costo reducido, sin embargo, cualquier gasto incurrido a través de otros proveedores y/o especialistas es mi responsabilidad. Depende de mí hacer los arreglos financieros/pagos con el otro proveedor y/o especialista directamente.
- **Entiendo** que estoy obligado a proporcionar la siguiente documentación en mi **segunda visita**: identificación con foto, comprobante de ingresos familiares y una copia de mi declaración de impuestos más reciente. La documentación de ingresos y la declaración de impuestos se utilizarán para determinar mi elegibilidad para los servicios en CHC y se les exigirá anualmente que continúe con los servicios en CHC. Estoy obligado a actualizar a CHC con cualquier cambio en mis ingresos y/o estado de seguro médico.
- **Entiendo** que el hecho de no proporcionar la documentación mencionada anteriormente en mi segunda visita dará lugar a que los servicios se **pospongan** hasta que proporcione la documentación solicitada.
- **Entiendo** que solicitaré el seguro de salud o la asistencia médica disponibles, y proporcionaré prueba de aceptación o denegación a CHC.
- **Entiendo** que CHC trabajará lo mejor que pueda para proporcionar medicamentos sin costo alguno para mí. Sin embargo, en última instancia, soy responsable del costo de mis medicamentos.
- **Entiendo** que le daré a CHC un aviso con al menos 24 horas de anticipación para cancelar cualquier cita, **excepción: las citas dentales requieren un aviso de 48 horas**. Si falto hasta tres (3) citas en CHC sin notificar a la clínica con anticipación, CHC se reserva el derecho de darme de alta como paciente.
- **Entiendo** que asistiré a todas las citas de referencia de especialistas. Si no llamo directamente al consultorio del especialista para cancelar/reprogramar una sola cita, **con al menos 24 horas de anticipación**, se me negarán futuras derivaciones a especialistas.
- **Entiendo** que el personal y los voluntarios de CHC están comprometidos a tratar a los pacientes con dignidad y respeto y que se espera que respete al personal y a los voluntarios que brindan mi atención médica.
- **Entiendo** que soy responsable de mi cuidado. Es mi responsabilidad seguir las recomendaciones, los tratamientos y los medicamentos recetados que ofrece CHC.

PROGRAMA DE LA LEY FEDERAL DE RECLAMACIONES POR AGRAVIOS (FTCA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) DE LA CLÍNICA GRATUITA

Aviso para el paciente de responsabilidad limitada para profesionales de la salud voluntarios de la clínica considerados gratuitos de la FTCA, miembros de la junta, funcionarios, empleados y contratistas independientes

Notificación a los pacientes Se debe proporcionar al paciente individual antes de que se brinden los servicios de atención médica, excepto en casos de emergencia cuando se puede proporcionar una notificación tan pronto como sea posible después de la emergencia o a un padre o tutor legal cuando el paciente carece de responsabilidad legal por su atención según la ley estatal.

Esto es para notificarle que, según la ley federal relacionada con el funcionamiento de clínicas gratuitas, la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA), (véase 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(b), 2671-80) proporciona el recurso exclusivo para los daños causados por lesiones personales, incluida la muerte, que resulten de la realización de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas por parte de cualquier profesional de la salud voluntario de la clínica gratuita. miembro de la junta, funcionario, empleado o contratista independiente que el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado empleado del Servicio de Salud Pública. Esta cobertura de negligencia médica de la FTCA se aplica a los profesionales de la salud, miembros de la junta, funcionarios, empleados o contratistas independientes voluntarios de la clínica que se consideran gratuitos que hayan brindado un servicio requerido o autorizado bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social (es decir, el Programa Medicaid) en una clínica gratuita o a través de programas o eventos externos llevados a cabo por la clínica gratuita (consulte 42 U.S.C. § 233 (a), (o)).

La ley federal anterior y otras leyes estatales y federales, incluida la Ley Federal de Protección de Voluntarios de 1997, pueden cubrir a ciertos profesionales de la salud de la clínica gratuita que brindan servicios de atención médica a los pacientes en esta clínica gratuita: el Centro de Salud Comunitario Jean B Purvis (CHC).

JEAN B PURVIS COMMUNITY HEALTH CENTER OF BUTLER COUNTY

103 Bonnie Drive, Butler, PA 16002 | Teléfono: 724.841.0980 | Fax: 724.841.0984 | info@butlerhealthclinic.org

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con nuestra oficina al 724.841.0980

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le proporciona como un requisito de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida en algunos casos. Su "información de salud protegida" se refiere a la información de salud de identificación individual, incluida la información demográfica, recopilada de usted o recibida por un proveedor de atención médica, y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra política de privacidad y los términos de este aviso siempre que los cambios estén permitidos por la ley aplicable, y de hacer que los nuevos cambios en las disposiciones del aviso entren en vigencia para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y publicaremos una copia de manera clara y destacada en la ubicación de nuestra práctica. Le proporcionaremos una copia del nuevo aviso si lo solicita. **Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento.**

A continuación se describen las formas en que podemos usar o divulgar su información de salud.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Tratamiento: Podemos usar o divulgar información de salud para proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de la atención médica con un tercero, como una derivación a un especialista.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar información de salud según sea necesario para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad, así como para operar y administrar nuestra oficina. Esto puede incluir una hoja de registro en el mostrador de registro o llamarlo por su nombre cuando el proveedor esté listo para verlo.

Divulgación a otros: Su información de salud puede ser utilizada y compartida por su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento para brindarle servicios de atención médica, para respaldar la operación de la clínica y cualquier otro uso permitido o requerido por la ley.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar información de salud para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros o que puede haber perdido una cita y/o para informarle sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

Beneficios y servicios relacionados con la salud: Podemos usar o divulgar información de salud para informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: Podemos usar o divulgar información de salud para comunicarnos con usted en los esfuerzos de recaudación de fondos y, en caso de que prefiera no recibir dichas comunicaciones, puede optar por no recibirlas.

USOS Y DIVULGACIONES SIN SU AUTORIZACIÓN

A continuación se describen las formas en que podemos usar o divulgar su información de salud sin su autorización, por ejemplo, para fines de salud pública, informes de abuso o negligencia, estudios de investigación, arreglos funerarios y donación de órganos, fines de compensación laboral y emergencias. Podemos divulgar información de salud cuando lo exija la ley, como en respuesta a una solicitud de las fuerzas del orden público en circunstancias específicas o en respuesta a órdenes judiciales o administrativas válidas.

Según lo exija la ley: Podemos divulgar información de salud cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Riesgos para la salud pública: Podemos usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública, como prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o para denunciar abuso infantil, violencia doméstica o exposición a enfermedades o infecciones.

continuado

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: Podemos usar o divulgar información de salud para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público en general.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos usar o divulgar información de salud para ayudar a las agencias de salud durante auditorías, investigaciones o inspecciones.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Su derecho a inspeccionar y solicitar una copia de su información médica: Debe presentar una solicitud por escrito. La ley federal, sin embargo, crea algunas excepciones a este derecho y exime los siguientes registros: notas de psicoterapia; e información recopilada para ser utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo. En determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud y usted puede tener derecho a solicitar que se revise nuestra denegación.

Su derecho a enmendar la información de salud incorrecta o incompleta: Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede presentar una solicitud por escrito explicando la enmienda solicitada.

Su derecho a solicitar restricciones en la divulgación de su información de salud: Puede pedirnos que no usemos ni compartamos su información de salud con fines de tratamiento u operaciones de atención médica.

Su derecho a un informe de las divulgaciones de su información de salud que hemos hecho: La contabilidad de las divulgaciones no se aplica a la divulgación para operaciones de tratamiento y atención médica o para las divulgaciones que le hayamos hecho a usted o a petición suya. Debe presentar su solicitud por escrito.

Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales de su información de salud: como enviar correo a una dirección que no sea su hogar o por otros medios. Su solicitud por escrito debe indicar cómo o dónde le gustaría que nos pusiéramos en contacto con usted, y nos adaptaremos a las solicitudes razonables.

Su derecho a una copia impresa de este aviso: Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: www.butlerhealthclinic.org

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y este Aviso. Si hacemos un cambio en nuestras prácticas, publicaremos el nuevo Aviso en nuestro sitio web: www.butlerhealthclinic.org

PREGUNTAS Y QUEJAS

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información, proporcionar este Aviso sobre nuestras prácticas de información, seguir las prácticas de información que se describen en este Aviso y notificarle después de una violación de su información de salud. Las preguntas o quejas relacionadas con este Aviso de Prácticas de Privacidad deben enviarse por escrito a Kimberly Reamer, Directora Ejecutiva:

Jean B Purvis Community Health Center
103 Bonnie Drive
Butler, PA 16002
724.841.0980
www.butlerhealthclinic.org

O puede presentar una queja por escrito, no más de 180 días después del evento, a:

Operaciones centralizadas de gestión de casos U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201

No se le penalizará por presentar una queja.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTE AVISO: 1 de enero de 2024