

## FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Apellidos del paciente:		Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:		Fecha de nacimiento:		Sexo al nacer: M      F		¿Es usted Veterano? Y      N		
Correo electrónico:						Número de Seguro Social:						
Dirección donde recibe correo postal:				Apto/Unidad #		Ciudad:			Estado:		Código postal:	
Dirección física:				Apto/Unidad #		Ciudad:			Estado:		Código postal:	
Por favor marque la casilla correspondiente a su número de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de casa: _____ <input type="checkbox"/> Otro teléfono: _____												
Aseguranza: <input type="checkbox"/> No tengo seguro médico												
			Primaria Médica/Salud mental			Secundaria Médica/Salud mental			Dental			
Nombre												
ID #												
Grupo #												
Farmacia, Ciudad, Estado, Código postal			Estado de empleo:			Padre o guardián o adulto responsable para menores de 18 años:						
Nombre: _____			Empleado      Desempleado      Retirado			Nombre: _____						
Dirección: _____			Estudiante      Independiente      Temporada			Dirección: _____						
Teléfono: _____			Niño      Migratorio/ Agricultor por temporada			Teléfono: _____						
						Fecha de Nacimiento: _____						
						Relación:    Pareja      Hijo/a      Otro						

### INGRESOS ECONÓMICOS DEL HOGAR Y TAMAÑO DE LA FAMILIA

Ingreso económico estimado del hogar (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Semanal _____ <input type="checkbox"/> Mensual _____ <input type="checkbox"/> Anual _____			Numero de dependientes financieros viviendo en su casa (incluido usted mismo)		
---	--	--	---	--	--

### PLEASE CIRCLE:

RAZA (SELECCIONE UNO)	LENGUAJE PRIMARIO (SELECCIONE UNO)	ETNIA (SELECCIONE UNO)	IDENTIDAD DE GÉNERO (SELECCIONE UNO)	ORIENTACIÓN SEXUAL (SELECCIONE UNO)
INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	LENGUA DE SEÑAS AMERICANA	HISPANO O LATINO	ELIJE NO DIVULGARLO	BISEXUAL
ASIÁTICO	INGLÉS	NO HISPANO O LATINO	FEMENINO	ELIJE NO DIVULGARLO
NEGRO O AFROAMERICANO	FRANCÉS		QUEER	NO SABE
NATIVO HAWAIANO	ESPAÑOL	NO INGRESADO	MASCULINO	GAY O LESBIANA
OTRO ISLEÑO DEL PACIFICO	OTRO:		OTRO	ALGO MÁS
BLANCO			TRANSGÉNERO MUJER/TRANSGÉNERO FEMENINO	HETEROSEXUAL
			TRANSGÉNERO HOMBRE/TRANSGÉNERO MASCULINO	

### IN CASE OF EMERGENCY

Por favor díganos a quien podemos contactar en caso de una emergencia (Padre o guardián en caso de que el paciente sea menor de 18 años). Una emergencia sería sangrado severo, contusiones, accidente o una condición que requiera transporte u hospitalización. Servicios de planificación familiar no requiere permiso de los padres; aun así, en una situación de emergencia si usted es menor de 18 años vamos a notificar a un padre o guardián. ¿La persona descrita abajo sabe que usted está recibiendo servicios aquí?

Y     N

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE, continuación

Apellidos del paciente:

Primer nombre:

Fecha de nacimiento:

## CONSENTS

Para establecerlo como paciente de la Clínica Comunitaria del Condado de Summit (Summit Community Care Clinic), por favor revise cada uno de los siguientes avisos, ponga sus iniciales y firme al final que usted acepta los consentimientos de la Clínica Comunitaria. Copias de estos consentimientos son entregadas a usted en forma impresa y también se encuentran disponibles en [www.summitclinic.org](http://www.summitclinic.org)

### RECONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD:

Yo reconozco haber recibido y leído una copia completa de las Normas de Privacidad de la Clínica Comunitaria. Además reconozco que, hasta la fecha de hoy, no tengo preguntas con relación a las Normas de Privacidad de la Clínica Comunitaria. Iniciales \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE CUIDADO MÉDICO:

Yo reconozco haber recibido y leído una copia completa del Consentimiento de Tratamiento, Consentimiento para participar en Telemedicina para citas médicas, dentales y de salud mental. Voluntariamente consiento el tratamiento médico, dental o de salud mental, procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos y otros servicios de salud que pueden ser ordenados por mi proveedor médico, dental y de salud mental que participen en mi

### RECONOCIMIENTO Y RECIBO DE ACUERDO FINANCIERO:

Yo reconozco haber recibido y leído una copia completa del Acuerdo Financiero. Por medio de la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro a la clínica comunitaria. Acepto la responsabilidad de algún balance pendiente no pagado en mi cuenta independientemente de la cantidad que cubre la aseguradora. Yo soy responsable de algún cargo del servicio y acepto pagar al momento del servicio. Iniciales \_\_\_\_\_

### POLITICA POR INASISTENCIA A LAS CITAS:

Yo reconozco haber recibido y leído una copia completa de la Política de Inasistencia a las citas. Además reconozco a futuro que, hasta la fecha de hoy, no tengo preguntas con relación a la Política de Inasistencia a las citas. Iniciales \_\_\_\_\_

ENTIENDO que mi Información Personal de Salud (PHI por sus siglas en inglés) serán usadas solo con mi firma autorizada en un formulario de autorización de publicación de historial médico. Muchas compañías aseguradoras pueden requerir la publicación de su Información Personal de Salud para proceder a pagar reclamos. Si usted elige no publicar su información confidencial y la aseguradora no va a pagar el reclamo por esos servicios, usted será responsable de los cargos. Yo entiendo que mi Información Personal será compartida vía Intercambio de Información de Salud (HIE por sus siglas en inglés) para asegurar la continuidad de cuidados entre hospital, grupos médicos especialistas y proveedores. Por favor informe al personal de la clínica si no quiere esto. Iniciales \_\_\_\_\_

AUTORIZO a la Clínica Comunitaria del Condado de Summit a contactarme vía portal del paciente o teléfono con información médica y recordatorios de cuidados pendientes. Entiendo que se pueden aplicar cobros a los mensajes por parte de mi compañía telefónica. Iniciales \_\_\_\_\_

ENTIENDO los riesgos de usar el correo electrónico y acepto que los correos electrónicos pueden incluir la Información Personal de Salud sobre mi o el paciente nombrado en este registro. Entiendo que el correo electrónico no debe ser usado para situaciones urgentes o emergentes. Iniciales \_\_\_\_\_

AUTORIZO a la Clínica Comunitaria a través de su proveedor RavePoint a contactarme por mensaje de texto para servirme mejor. Entiendo que puede aplicar costos de mi compañía datos por el mensaje y puedo recibir hasta 10 mensajes por mes. Yo puedo contactar la Clínica si elijo no recibir los mensajes de texto. Iniciales \_\_\_\_\_

Certifico que,

la información es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender (la información incorrecta o falsa resultará en la terminación de los servicios). Permiso que los representantes de la Clínica Comunitaria del Condado de Summit se comuniquen con cualquier persona o agencia necesaria para verificar esta información. Si se necesita más información, debo proporcionarla dentro de los 30 días.

**Si está completando este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona?**

Su nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE **X** \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



## Consentimiento informado de la Clínica Comunitaria del Condado de Summit

Por la presente, doy mi consentimiento al personal médico y de salud mental de la Clínica Comunitaria del Condado de Summit para que me examine, me trate y me aconseje.

Entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes:

- Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento y atención médica, que pueden resultar en costos adicionales para mí (el cliente).
- Estoy de acuerdo con un examen físico, si se recomienda uno.
- Entiendo que toda la información sobre mí se mantendrá en la más estricta confidencialidad y no se divulgará a nadie sin mi permiso, excepto según lo requiera la ley. Esto podría incluir:
  - Resultados positivos de las pruebas de algunas enfermedades de transmisión sexual,
  - abuso sexual o físico de menores, o
  - signos físicos de violencia doméstica.

### Planificación Familiar:

- Entiendo que los servicios de planificación familiar cubiertos incluyen visitas de planificación familiar de rutina para iniciar, continuar o suspender un método anticonceptivo. Los servicios de planificación familiar adicionales cubiertos pueden incluir, pero no están limitados a, el suministro de métodos anticonceptivos y pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Entiendo que no hay garantía de pago por parte del seguro o de un programa de ayuda por cualquier costo que el programa de planificación familiar no cubra y por el cual yo sea responsable.
- Entiendo que se me puede facturar por servicios que no pertenecen al programa de planificación familiar (Título X), incluidos, entre otros: colposcopia, pruebas de VIH, detección de clamidia si no está en riesgo, complicaciones resultantes de procedimientos cubiertos por el Título X, efectos secundarios, medicamentos, etc.
- Entiendo que mi proveedor puede recomendar análisis de laboratorio si está indicado, algunos de los cuales pueden estar cubiertos por el programa de planificación familiar. Mi proveedor discutirá esto conmigo.
- Entiendo que esta agencia puede usar una base de datos estatal que ponga mi información de salud a disposición del departamento de salud estatal y otros programas de planificación familiar participantes en Colorado. El beneficio para mí es que puedo cambiarme a otra clínica de planificación familiar participante y esa clínica puede acceder a la información de salud que ya he compartido.

### Solo para clientes femeninas:

- Acepto hacerme un examen pélvico que incluya una prueba de Papanicolaou, si se recomienda. Entiendo que es posible que no se recomiende una prueba de Papanicolaou cada año.
- Entiendo que la prueba de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou) es solo una prueba de detección y puede producir falsos negativos (el cáncer está presente pero la prueba dice que no lo está) así como falsos positivos (el cáncer no está presente pero la prueba dice que es).
- Entiendo que es posible que la prueba de Papanicolaou no tenga suficiente información para hacer un diagnóstico y que deba hacerse de nuevo.

### Telemedicina:

- Entiendo que mi proveedor de atención médica primaria en la Clínica Comunitaria desea que participe en visitas de atención médica y de salud mental a través de telemedicina.
- Mi proveedor de atención médica me va a explicar cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia durante alguna visita de Telemedicina en la que yo participe. Entiendo que esta cita no será lo mismo que una visita directa de paciente / proveedor médico debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de cuidados.
- Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi(s) proveedor(es) de atención médica o yo mismo podemos interrumpir la consulta / visita de Telemedicina si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
- Entiendo que mi información médica puede compartirse con otros individuos para fines de programación de citas y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica y mi proveedor de atención médica consultora para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi visita médica que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedirle al personal médico que abandone la sala de Telemedicina; y / o (3) terminar la consulta en cualquier momento.
- Me explicarán las alternativas a la atención de Telemedicina y puedo elegir participar en los servicios de Telemedicina o una alternativa.
- En una necesidad emergente, entiendo que la responsabilidad del Proveedor de Telemedicina es asesorar a mi médico local y que se producirá la coordinación entre el Proveedor de Telemedicina y un Proveedor en sitio.
- Entiendo que en caso de que no pueda acceder a una plataforma compatible con las normas de privacidad (HIPAA) y opte por participar en una visita de Telemedicina utilizando otra plataforma como FaceTime, Skype, etc., no puedo estar seguro de que mi



información de salud personal esté completamente protegida. Debido al estado de emergencia de COVID-19, entiendo que esta es una excepción a la seguridad de las normas de privacidad (HIPAA) y elijo proceder con una visita de Telemedicina de esta manera.

- Entiendo que la facturación se realizará desde la Clínica Comunitaria.
- Entiendo que mi seguro médico quizás no cubra servicios de Telemedicina y seré responsable por el costo.

He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios de las citas de Telemedicina y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento y por la presente doy mi consentimiento para participar en las visitas de T

#### **Correo electrónico:**

- Entiendo que puedo elegir que la Clínica Comunitaria me contacte vía correo electrónico, con una dirección de correo electrónico que yo suministre o algún correo que yo haya comunicado a la Clínica Comunitaria.
- Entiendo que la clínica Comunitaria ofrece un Portal del Paciente el cual es seguro y encriptado. En el Portal puedo tener acceso a partes de mi historial médico. Este es un recurso recomendado de comunicación segura. La apertura de intercambio de correos debe ser limitado a comunicación que no contenga información sensible del paciente. El correo tampoco es apropiado para Comunicaciones urgentes.
- Autorizo a la Clínica Comunitaria para notificarme sobre las citas enviando recordatorios por correo electrónico, a compartir información sobre los programas de la Clínica ofrecidos en la comunidad, incluyendo programas específicos para mí. También puedo recibir encuestas de pacientes o información sobre noticias y eventos de la Clínica.
- Puedo “optar por estar fuera” de este servicio y puedo llamar al 970-668-4040 para hacerlo también. Entiendo que puede tomar hasta 10 días hábiles para procesar mi solicitud y que los mensajes que ya están agendados aún pueden ser recibidos en mi cuenta durante este tiempo.
- Si mi dirección de correo cambia voy a notificar en lo más pronto a la Clínica Comunitaria llamando al 970-668-4040.
- Es importante entender que el correo electrónico es típicamente considerado inseguro a menos que esté completamente encriptado, requiriendo el uso de una fuerte autenticación y una contraseña de protección. La mayoría de los correos no cumplen con este estándar. Los riesgos del uso del correo para compartir información sensible incluyen:
  - El correo puede ser enviado, impreso y guardado en papel y forma electrónica. Puede ser recibido por destinatarios sin intención o malintencionados sin mi conocimiento o consentimiento.
  - Los correos pueden ser enviados a la dirección equivocada por el remitente o el destinatario.
  - El correo electrónico es más fácil de olvidar.
  - Copias de los correos pueden existir después de que son eliminados por el remitente o el destinatario.
  - Proveedores de servicios de correos tienen derecho a archivar e inspeccionar correos enviados a través de sus sistemas.
  - Los correos pueden ser interceptados, alterados, reenviados o usados sin detección o autorización.
  - Los correos pueden difundir virus en los computadores.
  - La entrega del correo no es garantizada.
  - El correo puede ser usado para Phishing. Phishing es un término inglés que se refiere a una técnica para obtener información personal sensible por individuos pretendiendo ser un remitente seguro.
  - El uso de canales de correos abiertos de internet no son seguros o encriptados – lo que significa que el mensaje entre remitente/destinatario pueden ser potencialmente vistos por personas no autorizadas quienes pueden interceptar y/o leer esos correos.
  - La Clínica comunitaria y sus proveedores puede que no monitoreen o no reciban mis correos. Si siento que hay un retraso que no puede esperar en la respuesta de un correo que envié, es mi responsabilidad hacer seguimiento.

La Clínica comunitaria no me preguntara nunca por información de identificación personal u otra información sensible usando un correo abierto. Dicha información puede incluir nombre, fecha de Nacimiento, otros nombres, número de seguro social u otra información de identificación.

#### **Mensajes de texto**

Autorizo a la Clínica Comunitaria a través de su proveedor RavePoint a contactarme por mensaje de texto para servirme mejor. La Clínica puede enviar mensajes de texto a mi para cosas como:

- Recordatorio de citas
- Notificación si estoy atrasado en algún cuidado de rutina
- Encuestas de satisfacción del paciente
- Otra información general

No estoy bajo la obligación de autorizar a la Clínica Comunitaria para enviarme mensajes de texto. Puedo optar por estar fuera de este servicio en cualquier momento llamando al 970-668-4040. Entiendo que se pueden aplicar cobros a los mensajes por parte de mi compañía telefónica y podría recibir hasta 10 mensajes de texto al mes.



## Reglamento para pacientes que “faltan” a sus citas

Es importante para nosotros tener una cita disponible para usted cuando necesite una, y para verle lo más pronto posible en la hora de su cita agendada. Cuando los pacientes fallan en llegar a sus citas, otros pacientes pierden la oportunidad de utilizar el tiempo de esa cita, lo que compromete la disponibilidad de la cita. Cuando los pacientes llegan tarde a sus citas, se convierte en una dificultad ver a todos los demás pacientes a tiempo, lo cual involucra inconvenientes para otros pacientes y empleados médicos.

Para servir mejor a todos nuestros pacientes, nosotros resaltamos la importancia de mantener las citas agendadas y llegar a tiempo. Si usted se da cuenta que no podrá llegar a tiempo para una cita agendada, por favor contáctenos lo más pronto posible. Esto nos permite encontrar otra cita para usted, y ofrecer el espacio de su cita original a otro paciente que lo necesite.

Por favor lea el reglamento para pacientes que “faltan” a sus citas para ayudarnos a continuar con nuestro compromiso de calidad brindando cuidados a tiempo.

1. Una “falta” es definida como una falla al llegar a tiempo para una cita agendada en la Clínica Comunitaria o falla al cancelar la cita más de 24 horas antes de una cita médica o de salud mental y 2 horas antes de que una cita dental agendada comience.
2. Después de la segunda “falta” en un periodo de 6 meses, el paciente no puede Volver a agendar citas y solo puede ser atendido acercándose a la clínica agendando una cita por orden de llegada.
3. Las citas por orden de llegada pueden ser hechas solo en persona (no está permitido agendar citas por teléfono) para el mismo día (no puede venir en persona a agendar una cita para una fecha futura).
4. Si el paciente falta a una cita agendada el mismo día, tendrá que venir a la clínica y esperar hasta que haya una cita disponible.
5. Después de que haya sido visto en una cita por orden de llegada, usted puede agendar citas otra vez a través del teléfono. Aun así, si tiene otra falta dentro de 6 meses, de nuevo perderá el acceso al agendamiento de citas y su próxima cita será solo por orden de llegada.



## ACUERDO FINANCIERO

Como paciente, su responsabilidad está en pagar por los servicios ofrecidos por la Clínica Comunitaria de acuerdo con su capacidad financiera. La Clínica Comunitaria ofrece varios programas de descuentos para los pacientes. Ciertos programas de descuento solo están disponibles para pacientes que completan la aplicación. Si usted está interesado en aplicar para estos servicios de descuento, contacte a nuestro representante de elegibilidad al (970) 668-6681.

Si usted tiene seguro médico o dental, es importante que usted entienda los términos de su política. Su política es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable por conocer qué facilidades (clínica, hospital, oficina dental, laboratorio, etc.) y proveedores (doctores, dentistas, etc.) están participando con su compañía de seguro.

**Seguro médico que participan:** Un seguro médico válido debe ser suministrado a la Clínica Comunitaria para asegurar el apropiado pago de su cuidado. **En orden para cobrar a su seguro médico usted debe proveer a la Clínica con una copia de su tarjeta de seguro actualizada con identificación para verificar cobertura.** Participamos con la mayoría de los planes locales ofrecidos. Usted puede preguntar si participamos con su seguro específico. Si su seguro no paga el 100%, usted será responsable por algún deducible, copago, coaseguro, y algún servicio no cubierto. Si la Clínica comunitaria participa con su seguro médico, la Clínica presentará su reclamo a su(s) seguro(s) médico(s) por usted. Le facturaremos por cualquier cargo que su seguro médico no cubra (esto es responsabilidad del paciente). Usted puede ser elegible para descuentos en la porción que es su responsabilidad si ha aplicado como se describe anteriormente. Si podemos determinar la cantidad por la que usted será responsable en el momento del servicio, vamos a cobrar esa cantidad en el momento del servicio. Si su seguro médico no paga dentro de 120 días, le facturaremos a usted por los servicios o le pediremos que se comunique con su compañía de seguro médico.

**Seguros médicos que no participan:** Un seguro médico válido y una identificación son todavía requeridas en orden para que la Clínica Comunitaria determine si su seguro esta por fuera de la red de cobertura. Si la Clínica Comunitaria no participa con su seguro médico, usted será responsable de pagar la tarifa completa al momento del servicio. Descuentos pueden ser aplicados si ha aplicado al programa como se describe anteriormente. Nosotros le daremos su factura para que usted pueda presentar su reclamo con su seguro médico. La Clínica Comunitaria no participa con ningún plan de compensación por accidente laboral o automovilístico.

**Pago por sí mismo:** Si usted no tiene seguro médico, usted será responsable de pagar la tarifa debida después de que algún descuento se haya aplicado. Si usted recibe descuentos, la mayoría de los servicios están incluidos. Sin embargo, hay exámenes de laboratorio, suministros, medicaciones, y otros servicios que son cargados en adición a la tarifa de descuento. Esos cargos adicionales, si existen, deben de ser pagados en su totalidad el día del servicio.

Algunos servicios requieren de una pre-autorización de su seguro médico en orden para ser cubiertos. En estos casos, debemos recibir la pre-autorización de su seguro médico antes de usted poder recibir el servicio. Si usted no obtiene la pre-autorización, es posible que el servicio no sea cubierto. Usted será responsable por el balance si los servicios no son cubiertos por su seguro médico.

La Clínica Comunitaria usualmente le enviará una factura mensualmente por todos los cargos sin pagar que son su responsabilidad. Si usted no puede pagar el balance pendiente, la Clínica Comunitaria ofrece un plan de pagos, por el cual usted tendrá que firmar un acuerdo de pagos. Si usted cree que su situación merece más atención, por favor comuníquese con el personal de la Clínica. La falta de pagos relacionados con los servicios puede hacer que usted no sea elegible para recibir servicios en el futuro en la Clínica Comunitaria. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte nuestro equipo de Facturación al 970-423-8837.

He leído y entiendo el contenido de este documento y he proporcionado información actual y precisa. Autorizo a la Clínica Comunitaria para facturar a mi seguro médico, actúo como persona designada con mi seguro y recaudo los beneficios de mi seguro médico por mis servicios. Doy autorización de compartir mi información personal, médica, de salud mental y dental con el propósito de facturar a mi compañía de seguros o a otras compañías de facturación y cobro. Asigno directamente a la Clínica Comunitaria para todos los beneficios médicos y médico y de salud mental y dentales, de otro modo que sean pagados por los servicios que se me presten a mí. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios no cubiertos por mi seguro médico incluyendo cualquier co-pago médico y deducibles. Si no tengo cobertura de seguro médico, estoy de acuerdo en pagar los cargos apropiadamente reducidos por mis servicios.



**AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE LA CLINICA COMUNITARIA DEL CONDADO DE SUMMIT  
ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DAR A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA, ASÍ COMO LA FORMA EN  
QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CON CUIDADO.**

Su información médica es personal y la Clínica Comunitaria del Condado de Summit está comprometida en protegerla. Su información médica es también una parte importante dentro de nuestra capacidad de brindar un cuidado de calidad y conforme al cumplimiento de ciertas leyes. Estas prácticas de privacidad están reguladas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) e Información de Salud Tecnológica para la Salud Clínica y Económica (HITECH), las cuales están relacionadas con el uso privado de información médica de forma escrita, oral y en formatos electrónicos. Estas prácticas de privacidad funcionan como poder de acceso para compartir su información médica en los términos que se describen en este documento por la Clínica Comunitaria del Condado de Summit para ofrecerle el mejor cuidado de salud posible.

**I. Entienda su información de salud**

Cada vez que visite la Clínica Comunitaria se creará un registro electrónico de su visita. Este registro generalmente incluye su nombre y cualquier otra información por medio del cual será identificado, al igual que sus síntomas, exámenes, resultados, diagnósticos, medicamentos, tratamientos, recomendaciones de seguimiento e información financiera. A este registro algunas veces se le conoce como "expediente médico" o "registro médico". Este registro permite: Que proveedores médicos, dentales, y salud mental puedan planear su tratamiento; que la Clínica Comunitaria pueda obtener el pago por los servicios que le ofrecemos; y que la Clínica Comunitaria pueda evaluar la calidad del servicio que le brindamos. Nosotros estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su expediente médico. No utilizaremos o daremos a nadie su información sin su permiso por escrito, a excepción de los casos que se mencionan en este documento.

**II. ¿Cómo se utilizará o se permitirá el acceso a su expediente médico?**

**a.** Tratamiento, pago y asuntos relacionados con la atención de su salud.

Utilizaremos su expediente médico para darle tratamiento de salud, para obtener pago por nuestros servicios y para ayudarnos a manejar mejor nuestra clínica. Por ejemplo: Podemos dar su información de salud, de forma verbal, por escrito o en formato electrónico a profesionales de salud que no son parte de nuestra clínica pero que nos están ayudando en el cuidado de su salud, así como doctores, farmacias y personal del hospital, quienes ayudan con el cuidado de su salud; también por el envío de una factura a terceras partes; podemos utilizar su expediente médico para revisar nuestro desempeño y estar seguros de que usted está recibiendo un servicio de salud de calidad.

**b.** Otros usos de su información médica permitidos o requeridos por la ley.

**Casos donde NO se requiere de su autorización por escrito para revelar su información de su expediente médico:** actividades de salud pública, víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, actividades de regulación de salud, proceso judicial y administrativo, agencia del orden público, información sobre personas difuntas, donaciones de órganos, ojos, tejidos, investigaciones, impedir una amenaza de salud o seguridad, funciones especializadas del gobierno, compensación de trabajo y cuando sea requerido por la ley.

**c.** Otros usos de su expediente médico que requieren su permiso por escrito.

Ciertos tipos de información médica contienen restricciones estrictas en cuanto a su uso y revelación. Por ejemplo, información sobre el tratamiento de abuso de drogas y alcohol, resultados de VIH, salud mental y exámenes genéticos, los cuales pueden que estén sujetos a una mayor protección. En general, existe la posibilidad de que se revele información médica a un padre o guardián de un paciente menor de edad, pero existe la posibilidad de que neguemos el acceso al expediente médico del menor en situaciones que esté vinculado con leyes de privacidad más estrictas.

A excepción de lo detallado anteriormente, nosotros utilizaremos o revelaremos su información únicamente si recibimos una Autorización/Solicitud de información médica por escrito. Usted puede revocar o cancelar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito.

**III. Sus derechos con relación a su expediente médico**

Su expediente médico está sujeto a ciertos límites legales. Usted tiene derechos sobre el uso de su expediente médico, incluyendo los derechos detallados a continuación: Solicitar límites en el uso de su expediente médico, recibir información médica de manera confidencial, revisar y copiar su expediente médico, solicitar algún cambio en el expediente médico, recibir un informe de cómo hemos utilizado y si hemos permitido el acceso a su expediente médico y obtener una copia de este documento sobre las normas de privacidad.

**IV. CORHIO e Intercambio de Información de salud**

Como paciente de la Clínica Comunitaria, su información de salud se introduce automáticamente en un intercambio electrónico que puede ser accedido por otros proveedores de atención médica. Esto se traduce en una mejor atención debido a que otros proveedores pueden ver su historial de salud y le tratan de manera más eficaz. Usted tiene la opción de darse de baja de la bolsa electrónica, y también tienen la opción de optar de nuevo si cambia de opinión. Por favor, consulte al personal de recepción para más información. En el caso de un incumplimiento de la información de salud protegida, se lo notificaremos como exige la ley. Si usted nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar el correo electrónico para comunicar información relacionada con dicha violación. En algunas circunstancias, nuestro socio de negocios puede proporcionar la notificación. También podemos proporcionar notificación por otros métodos, según corresponda.

**Preguntas, preocupaciones o cambios a esta notificación**

Si tiene preguntas o quiere hablar sobre la información contenida en este Aviso sobre las Normas de Privacidad, por favor comuníquese con el oficial de privacidad de la Clínica Comunitaria al (970)668-4040.

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja formal en nuestra clínica, o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. **No tomaremos ninguna represalia en su contra por presentar una queja formal.**

Las políticas y prácticas de privacidad pueden cambiar en el futuro. Tales cambios podrán aplicarse a cualquier tipo de información sobre su salud que sea generada o recibida antes de la fecha efectiva del cambio. Cualquier cambio en nuestras políticas y prácticas de privacidad será anunciado y pondremos a su disposición el nuevo Aviso sobre las Prácticas de Privacidad en la Clínica Comunitaria y en nuestro sitio web.