

## Formulario de registro de Hope Christian Health Center

Nombre legal del paciente(apellido,primer nombre,segundo nombre):		
Direccion de casa:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	NSS:	Fecha:
Teléfono:	Correo electrónico:	
<b>Nombre(s) del paciente/tutor legal si es menor de 18 años:</b>		
1.		
2.		
<b>Sexo al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente separado	<b>Orientación sexual:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana,gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa: _____
<b>Idiomas que habla:</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español Otro: _____		
<b>Método de contacto preferido:</b> <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico		
<b>¿Es usted un veterano estadounidense?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Nombre del seguro primario:</b> Identificación de miembro:  Número de grupo:	<b>Nombre del seguro secundario:</b> Identificación de miembro:  Número de grupo:
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<b>Limitaciones de Comunicación:</b> <input type="checkbox"/> Deterioro auditivo <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Dificultad del habla <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés <input type="checkbox"/> Dificultad para escribir <input type="checkbox"/> Dificultad para leer	<b>Contacto de emergencia:</b> Nombre:  Relación:  Número de teléfono:
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano Nativo de <input type="checkbox"/> Hawái/Isleño del Pacífico		<b>Reconocimiento del Programa de Descuento de Tarifa Variable:</b> Entiendo que este centro de salud ofrece un Programa de Descuento con Tarifas Variables basado en el tamaño de la familia y los ingresos. Se me ha informado sobre mi derecho a solicitarlo y entiendo que puedo pedir información adicional en cualquier momento. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Cómo se enteró de nosotros?</b> <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar/Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Seguro médico/Lista de proveedores <input type="checkbox"/> Feria de salud/Evento <input type="checkbox"/> Google/Yelp/Redes sociales <input type="checkbox"/> Other _____	<b>¿Autoriza recibir comunicaciones de nuestro récord médico electrónico (eCW)?</b> <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> No deseo recibir comunicaciones electrónicas. _____	
<b>Nombre y dirección del empleador:</b>		
<b>Nombre y dirección de la farmacia:</b>		
<b>Estado de vida:</b> <input type="checkbox"/> Alquilo <input type="checkbox"/> Viviendo con/Familia o Amigo <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>¿Necesita ayuda con una solicitud de Medicaid o SNAP?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿ Tiene instrucciones medicas anticipadas/Testamento Vital o un poder notarial?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>En los últimos 6 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas?</b>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Qué nivel de ingresos describe mejor su situación?</b> <input type="checkbox"/> <\$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,501-\$45,000 <input type="checkbox"/> \$45,001-\$65,000 <input type="checkbox"/> \$65,000-\$80,000 <input type="checkbox"/> > \$80,000+	<b>Solicitud de oración:</b> _____ _____ _____

## Hope Christian Health Center - Historial de Salud

<b>Nombre de Paciente:</b>			<b>Fecha de Nacimiento:</b>		
<b>Enfermedades Importantes</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Exámenes de Salud</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. Diabetes 1 or 2			4. Mamografía		
2. Cáncer: _____			5. Densidad Osea		
3. Hipertensión			6. Colonoscopia		
4. Gota			7. Radiografía de Pecho		
5. Cardiopatía			8. Vacuna Contra el Tétanos		
6. Nefropatía			9. Vacuna MMR		
7. Ansiedad/Depresión			10. Prueba de TB		
8. Accidente cerebrovascular/AIT			11. Examen de Próstata		
9. Asthma/EPOC Accidente cerebrovascular/AIT			12. Electrocardiograma		
10. Colesterol Elevado			13. Vacuna contra la Hepatitis		
11. Otro: _____			14. Vacuna contra la Neumonía		
<b>Exámenes de salud</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	15. Vacuna contra la gripe		
1. Físico			16. Inmunización infantil		
2. Examen de la Vista			17. Vacuna contra la culebrilla		
3. Prueba de Papanicolaou			18. Enfermedades de transmisión sexual		
<b>Lista de Alergias</b>			<b>Lista de Medicamentos Actuales</b>		
1			1		
2			2		
3			3		
<b>Hospitalizaciones (liste los motivos de la visita)</b>				<b>Año</b>	
1					
2					
<b>Historia de la Cirugías</b>				<b>Año</b>	
1					
2					
<b>PHQ2</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Información Adicional</b>		
Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido poco placer al hacer cosas?					
Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido deprimido, y sin esperanza?					
¿Se siente seguro en su hogar?					
¿Tiene usted una directiva anticipada?					
¿Le gustaría una directiva anticipada?					

**Historial Médico Familiar (algún pariente consanguíneo, incluidos niños, tuvo):**

<b>Historia de:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Relación</b>
Anemia			
Cáncer			
Diabetes			
Epilepsia			
Cardiopatía			
Colesterol Alto			
Ataque			
Tuberculosis			
Pólipos de Colon			
Asma o EPOC			
Abuso de Drogas			
Abuso de Alcohol			
Enfermedad Mental			

<b>Historia social</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Frecuencia</b>
1. Tobacco			Número de años: _____ Número de cigarrillos por día: _____
2. Alcohol			Bebidas en una semana:
3. Cafeína			Tazas en un día:
4. Drogas Recreativas			Tiempos utilizados a la semana:
5. Ejercicio			
6. Número de Adultos y Niños en el Hogar			Adultos: _____ Niños: _____
7. Religión			8. Nivel de Educación _____

<b>Historia Sexual</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Información Adicional</b>
¿Es sexualmente activo?			
¿En el último año?			
Con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos			
¿Usas protección?			
Type: <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> Otro			
Have you had an STD or STI?			

<b>Historia Espiritual</b>	<b>Sí</b>	<b>NO</b>	<b>Información Adicional</b>
¿Tiene creencias espirituales que le ayuden con el estrés?			
¿Tus creencias influyen en tu físico? ¿salud?			
¿Eres parte de una comunidad espiritual?			
¿Si sí, cual?			Comunidad espiritual./Iglesia:
¿Esto te ayuda a apoyarte?			
¿Le gustaría que esto se abordara bajo su cuidado?			

<b>Comportamientos de salud adicionales</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Cuándo fue su última visita al dentista?	Fecha:		
¿Tiene un horario de sueño regular?			
¿Está expuesto a sustancias químicas en el trabajo?			

## Revisión de Sistemas

Nombre del paciente:			Fecha de Nacimiento:		
<i>General</i>	✓	<i>Solo Hombres</i>	✓	<i>Oreja, Nariz, Garganta</i>	✓
Glándulas Inflamadas		Dificultades de Erección		Dolor de Boca	
Falta de Energía		Bulto en los Testículos		Dolor de Mandibula	
Fatiga		Dolor en el Pene/Escroto		Dolor en los Dientes	
Fiebre		Secreción del Pene		Dolor de Garganta	
Sudores Nocturnos		Otra:		Dificultad para Tragar	
Alteración del Sueño		<b>Gastrointestinal</b>	✓	Pérdida de la Audición	
Aumento de Peso		Náuseas		Zumbido en los Oídos	
Pérdida de Peso		Vómitos		Dolor de Oído	
<b>Alergia/Inmunología</b>	✓	Diarrea		<b>Neurologico</b>	✓
Congestión Nasal		Dolor Abdominal		Entumecimiento	
Estornudos		Heces con Sangre		Mareo	
Rinorrea		Cambio en los hábitos Intestinales		Dolor de Cabeza Frecuente	
Sangrados Nasales Frecuentes		Náuseas/ Vómitos		Pérdida de Memoria	
		Constipación		Convulsiones	
		<b>Endocrina</b>	✓	Temblor	
<b>Solo Mujeres</b>	✓	Problemas Tiroideos		<b>Respiratoria / Cardio</b>	✓
Papanicolaou Anormal		Bocio		Tos	
Sangrado entre Períodos		Micción Frecuente		Dificultad para Respirar	
Dolor Menstrual Extremo		Sed Anormal		Hinchazón	
Bultos en los Senos		Cambio de Apetito		Latidos Cardíacos Acelerados	
Secreción del Pezón		Retraso en la Curación de Heridas		Saltarse el Latido del Corazón	
Relaciones Sexuales Dolorosas		<b>Psiquiátrica</b>	✓	<b>Piel</b>	✓
Sofocos		Ansiedad		Acné	
Secreción Vaginal		Depresión		Erupciones en la Piel	
Fecha Ultimo Periodo Menstrual_____		Cambios de Animo		Lesiones de la Piel	
Fecha Prueba de Papanicolaou:_____		Pensamientos Suicidas		Moretones Anormales	
¿Estás embarazada? _____				Picor	
Numero de Niñas _____		<b>Oftalmológico</b>	✓	Sobre los Lunares	
¿Última mamografía? _____		Cambios en la Visión		<b>Músculo/Articulación/Hueso</b>	✓
		Visión Borrosa		<input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Manos	
		Dolor de Ojo		<input type="checkbox"/> Atrás <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Hombro	
		Irritación de Ojo		<input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Dolor de pecho	
				<input checked="" type="checkbox"/> Dolor/debilidad en las Articulaciones	

## Autorización para Divulgar Información Médica

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
<p>Autorizo voluntariamente a Hope Christian Health Center a divulgar mi información de salud al destinatario/s que he identificado a continuación:</p> <p>Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____</p> <p>Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____</p>	
<p><b><i>Información protegida o sensible</i></b></p> <p>Entiendo que cierta información no puede divulgarse sin una autorización específica según lo exige la ley estatal/federal:</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnóstico/Tratamiento del Abuso de Drogas      <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (para incluir AIDS/HIV)</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoholism Diagnóstico/Tratamiento      <input type="checkbox"/> Salud mental/tratamiento</p>	
<p>Esta autorización de divulgación de información cubre el período de atención médica desde:</p> <p><input type="checkbox"/> (a) _____ a _____</p> <p><input type="checkbox"/> (b) Todos los períodos pasados, presentes y futuros.</p>	

Derecho a revocar: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que esta revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado.

\*Este formulario es válido durante 12 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocado antes de esa fecha.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o Representante Legal)



**SOBRE NOSOTROS:** Nuestra visión es ser un movimiento del pueblo de Dios que, en respuesta a Su gracia, elige diariamente promover la curación mientras participa en la obra redentora de Cristo entre aquellos que se sienten marginados económica, social y espiritualmente en Las Vegas. Hope Christian Health Center (HCHC) brinda atención médica excelente y asequible para todos. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas, llame a la oficina durante el horario comercial.

**POLÍTICA DE TARDANZAS Y CANCELACIONES:** Por favor, notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Si va a llegar tarde, llámenos para informarnos. Si llega más de 15 minutos después de su cita es posible que tengamos que reprogramar su cita. Si falta a 3 citas, sus privilegios para programar citas con anticipación podrían limitarse únicamente a programar citas disponibles el mismo día.

**CONFIDENCIALIDAD:** Controlamos estrictamente el acceso a su información y cualquier violación del mismo será un abuso de fe. Toda la información proporcionada a cualquier miembro del personal o voluntario está cubierta por la Política de Confidencialidad de HCHC.

Nuestra clínica utiliza Commure AI Medical Scribe, una herramienta de documentación asistida por inteligencia artificial, para apoyar la documentación precisa y eficiente de las visitas médicas. Commure AI Medical Scribe cumple con HIPAA y protege su información de salud de acuerdo con las regulaciones federales de privacidad. Si no desea participar, por favor informe a su proveedor de atención médica.

El personal de HCHC está designado como informante obligatorio cuando existe sospecha de que un cliente u otra víctima nombrada es el perpetrador, observador o víctima real de abuso o negligencia física, emocional, o sexual. También somos informantes obligatorios en casos de amenazas o intentos de suicidio, lesiones corporales graves o muerte de otra persona, o si un individuo se comporta de una manera en la que existe un riesgo sustancial de sufrir lesiones corporales graves.

Si se necesita una copia de sus registros médicos, incluidos laboratorios, radiografías y cualquier otra prueba, le pedimos que avise a HCHC con 30 días de anticipación antes de recoger sus registros médicos. Deberá firmar un formulario de divulgación de información.

HCHC no es una clínica de control del dolor.

**REFERENCIAS:** Espere entre 7 y 10 días hábiles para que se procesen todas las referencias.

**PAPELEO:** Las solicitudes de formularios para pacientes generalmente se procesan en un plazo de 7 a 10 días hábiles. Este período puede extenderse si es necesario realizar pruebas adicionales, consultas con especialistas o revisar los registros médicos. Los documentos se completarán a discreción de su proveedor.

**CUIDADOS DE EMERGENCIA:** Los pacientes dados de alta del hospital deben regresar a HCHC dentro de 1 a 2 semanas para seguimiento.

**SEGURO:** Es responsabilidad del paciente proporcionar a la clínica la información actual del seguro. Si no está asegurado por ninguna compañía de seguros médicos, pregunte acerca de nuestro Programa de escala móvil de tarifas (SFSP). Si su visita requiere pruebas de laboratorio, radiografías u otros procedimientos radiológicos realizados fuera de nuestras instalaciones, el proveedor le facturará estos servicios directamente. Le daremos a los proveedores toda la información de su seguro.

- Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, incluidos aquellos que resulten de no obtener la derivación y/o autorizaciones necesarias de mi atención primaria.
- Por la presente autorizo a HCHC a divulgar la información necesaria para presentar y/o procesar un reclamo ante mi compañía de seguros.
- Entiendo que si no puedo pagar mi factura en su totalidad, estoy obligado a firmar un pagaré.

**COPAGOS, DEDUCIBLES y COASEGURO:** Todos los copagos, deducibles y coseguros deben pagarse al momento del servicio. El pago de sus copagos, deducibles y coseguros es parte de su contrato con su plan de seguro. Nuestra falta de cobro del pago puede ser una violación del cumplimiento de facturación y su plan de seguro puede considerarlo como un acto de fraude. Si no puede realizar su pago, pregunte acerca de nuestro programa de escala móvil de tarifas.

**FORMAS DE PAGO:** Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito/débito.

### **SOLICITUDES DE RECETAS:**

- Los pacientes que soliciten nuevas recetas o antibióticos deben acudir a una cita con un médico. No se recetan por teléfono.
- Espere entre 48 y 72 horas para procesar las solicitudes de recetas. Los medicamentos que requieren autorización previa pueden requerir tiempo adicional para procesarse. Planifique con anticipación las recargas durante los días festivos y cuando viaje.

---

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:**

Al firmar a continuación, autorizo a Hope Christian Health Center (HCHC) a evaluar, tratar y diagnosticar según lo considere médicamente apropiado. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a mi proveedor con al menos 72 horas de anticipación para solicitudes de renovación de receta.

Reconozco que he leído, entiendo y acepto las Políticas de la Oficina y el Acuerdo Financiero.

**Firma del Paciente o Representante Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente o Representante Legal** \_\_\_\_\_

## Solicitud de Expediente Medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a cualquiera o a todas las partes siguientes a divulgar a Hope Christian Health Center mi PHI (Información de salud protegida), incluidos diagnósticos, registros de tratamiento, consultas o exámenes, resultados de pruebas de laboratorio de diagnóstico, informes de radiología, informes auxiliares de descanso, incluidos los mentales. tratamiento de salud/abuso de sustancias o relacionado con el VIH/SIDA que se me haya brindado en las siguientes fechas que se enumeran a continuación. Entiendo que Hope Christian Health Center podría no ser el proveedor que solicita o remite la PHI anterior, pero como mi PCP (proveedor de atención primaria), solicito que se divulgue una copia a dicho proveedor/consultorio. Autorizar esta divulgación de información es voluntario y puedo negarme a firmar esta autorización. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que esta divulgación de información vence después de 1 año a partir de la fecha de la firma. Esta autorización es revocable por mí en cualquier momento.

Por favor envíe los siguientes registros lo antes posible para la(s) fecha(s) \_\_\_\_\_ / más reciente:

<input type="checkbox"/> <b>Todos los registros</b>	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> MRI/CT of _____
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> US of _____
<input type="checkbox"/> Registros hospitalarios	<input type="checkbox"/> Mamografía	<input type="checkbox"/> Salud Psiquiátrica/ Mental	<input type="checkbox"/> X-ray of _____
<input type="checkbox"/> Papanicolau	<input type="checkbox"/> Historia física	<input type="checkbox"/> Other _____	

Consulte a continuación en qué centro podemos adquirir sus registros médicos:

<b>Hospitales:</b>		
<input type="checkbox"/> UMC Hospital	<input type="checkbox"/> Centennial Hills Hospital	<input type="checkbox"/> Desert Springs Hospital
<input type="checkbox"/> North Vista Hospital	<input type="checkbox"/> Mountain View Hospital	<input type="checkbox"/> Valley Hospital
<input type="checkbox"/> ER @ Aliante	<input type="checkbox"/> St Rose Dignity Health	<input type="checkbox"/> Sunrise Hospital
<input type="checkbox"/> Guadalupe Medical Center	<input type="checkbox"/> Mike O'Callaghan Medical	
<b>Clínicas:</b>		
<input type="checkbox"/> Care Now Urgent Care	<input type="checkbox"/> Southwest Medical	<input type="checkbox"/> UMC Quickcare
<input type="checkbox"/> Nevada Health Centers	<input type="checkbox"/> Intermountain Health	<input type="checkbox"/> WHASN:
<input type="checkbox"/> Guadalupe Medical Center	<input type="checkbox"/> VA Southern Healthcare System	_____ (location)
<b>Radiología/Laboratorio:</b>		
<input type="checkbox"/> Desert Radiologist (DR)	<input type="checkbox"/> Simon Med	<input type="checkbox"/> Pueblo Medical Imaging (PMI)
<input type="checkbox"/> Quest Diagnostics	<input type="checkbox"/> LabCorp	<input type="checkbox"/> Steinberg Diagnostic Medical Imaging (SDMI)
<b>Otro:</b>		
Centro/Proveedor: _____	Teléfono: _____	Fax: _____
Centro/Proveedor: _____	Teléfono: _____	Fax: _____
Centro/Proveedor: _____	Teléfono: _____	Fax: _____

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente (si no es el paciente)

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD, CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN, SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD Y NUESTRAS RESPONSABILIDADES PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

Las leyes estatales y federales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud y informarle sobre nuestras prácticas de privacidad mediante la entrega de este Aviso. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Este Aviso entrará en vigor el 9 de marzo de 2026 y permanecerá vigente hasta que sea modificado o reemplazado por nosotros.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad, siempre que la ley lo permita. Antes de realizar un cambio significativo, este Aviso será modificado para reflejar dichos cambios y pondremos el nuevo Aviso a su disposición si lo solicita. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad, y los nuevos términos de nuestro Aviso serán aplicables a toda la información de salud que haya sido mantenida, creada y/o recibida por nosotros antes de la fecha en que se realicen los cambios.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento comunicándose con nuestra oficina. La información para contactarnos se encuentra al final de este Aviso.

Mantendremos la confidencialidad de su información de salud, utilizándola únicamente para los siguientes propósitos:

**Tratamiento:** Mientras le brindamos servicios de atención médica, podemos compartir su información de salud protegida (PHI), incluyendo la información de salud protegida electrónica (ePHI), con otros proveedores de atención médica, asociados comerciales y sus subcontratistas, o personas que participen en su tratamiento, facturación, apoyo administrativo o análisis de datos. Estos asociados comerciales y subcontratistas, mediante contratos firmados, están obligados por la ley federal a proteger su información de salud. Hemos establecido estándares de "mínima necesidad" o "necesidad de conocer" que limitan el acceso de los distintos miembros del personal a su información de salud según sus funciones principales. Todo nuestro personal está obligado a firmar una declaración de confidencialidad.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para solicitar el pago por los servicios que le brindamos. Esta divulgación involucra a nuestro personal de oficina y puede incluir organizaciones de seguros, cobranzas u otros terceros que puedan ser responsables de dichos costos, como miembros de la familia.

**Divulgación:** Podemos divulgar y/o compartir información de salud protegida (PHI), incluyendo divulgación electrónica, con otros profesionales de la salud que le brinden tratamiento y/o servicios. Estos profesionales tendrán una política de privacidad y confidencialidad como la nuestra. La información de salud sobre usted también puede divulgarse a su familia, amigos y/u otras personas que usted elija involucrar en su atención, solo si usted acepta que lo hagamos. A partir del 26 de marzo de 2013, los registros de vacunación de los estudiantes pueden ser divulgados sin autorización (siempre que la PHI divulgada se limite a comprobantes de inmunización). Si una persona ha fallecido, se puede divulgar PHI a un familiar o a una persona involucrada en la atención o el pago antes del fallecimiento. Las notas de psicoterapia no se utilizarán ni divulgarán sin su autorización por escrito. La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA) prohíbe que los planes de salud utilicen o divulguen información genética para fines de suscripción. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso se realizarán únicamente con su autorización firmada.

**Derecho a un informe de divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" de su información protegida si la divulgación se realizó con fines distintos a la prestación de servicios, pago y/o operaciones comerciales. Debido al uso creciente de la tecnología de registros médicos electrónicos (EMR), la ley HITECH le permite solicitar una copia de su información de salud en formato electrónico si la almacenamos electrónicamente. Las divulgaciones pueden estar disponibles por un período de 6 años antes de su solicitud y, para la información electrónica, por 3 años anteriores a la fecha en que se solicita el informe. Si por alguna razón no podemos proporcionar un formato electrónico, se le proporcionará una copia impresa legible. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Las listas, si se solicitan, tendrán un costo de \$0.20 por página y el tiempo del personal se cobrará a \$20 por hora, incluyendo el tiempo necesario para localizar y copiar su información de salud. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas. El 23 de mayo de 2016, la OCR aclaró que una tarifa fija para copias electrónicas no puede exceder los \$6.50 (incluyendo mano de obra, suministros y envío); esto no significa que el límite para todas las solicitudes de acceso sea de \$6.50.

**Derecho a solicitar restricción de PHI:** Si usted paga completamente de su bolsillo por su tratamiento, puede indicarnos que no compartamos información sobre su tratamiento con su plan de salud, siempre que la solicitud no sea requerida por la ley. A partir del 26 de marzo de 2013, la Regla Omnibus restringe la negativa del proveedor a la solicitud de una persona de no divulgar PHI.

**Divulgaciones no rutinarias:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones no rutinarias que hayamos realizado de su información de salud. Puede solicitar divulgaciones no rutinarias de hasta 6 años atrás.

**Emergencias:** Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar en la notificación de un familiar o de cualquier persona responsable de su cuidado en caso de una emergencia relacionada con su atención, su ubicación, su estado general o su fallecimiento. Siempre que sea posible, le daremos la oportunidad de oponerse a este uso o divulgación. En condiciones de emergencia o si usted está incapacitado, utilizaremos nuestro juicio profesional para divulgar únicamente la información directamente relevante para su atención. También utilizaremos nuestro juicio profesional para inferir razonablemente su mejor interés, permitiendo que alguien recoja recetas surtidas, radiografías u otra información o suministros similares, a menos que usted nos indique lo contrario.

Operaciones de atención médica: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para mantener operativa nuestra práctica. Ejemplos de personal que puede tener acceso a esta información incluyen, entre otros, nuestro personal de expedientes médicos, operaciones de seguros, cámaras de compensación de atención médica y personas que realizan actividades similares. Esto incluye la divulgación de su PHI en caso de transferencia, fusión o venta de la práctica existente a un nuevo proveedor.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley así lo requiera (órdenes judiciales o administrativas, citaciones, solicitudes de descubrimiento u otro proceso legal). Utilizaremos y divulgaremos su información cuando lo soliciten autoridades de seguridad nacional, inteligencia y otros funcionarios estatales y federales y/o si usted se encuentra encarcelado o bajo custodia de las autoridades.

Seguridad nacional: La información de salud del personal de las Fuerzas Armadas puede divulgarse a las autoridades militares en ciertas circunstancias. Si la información es requerida para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional, podemos divulgarla a funcionarios federales autorizados.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si razonablemente creemos que usted es posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o posible víctima de otros delitos. Esta información se divulgará únicamente en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la de otras personas.

Responsabilidades de salud pública: Divulgaremos su información de salud para reportar problemas con productos, reacciones a medicamentos, retiros de productos del mercado, exposición a enfermedades/infecciones y para prevenir y controlar enfermedades, lesiones y/o discapacidades.

Mercadeo de servicios relacionados con la salud: No utilizaremos su información de salud para fines de mercadeo.

Recordatorios de citas: Podemos usar sus registros de salud para recordarle servicios recomendados, tratamientos o citas programadas.

Acceso: Mediante una solicitud por escrito, usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su información de salud (y la de una persona de la cual usted sea tutor(a) legal). Le proporcionaremos acceso a la información de salud en el formato solicitado por usted, con algunas excepciones limitadas. Si desea revisar su información de salud, deberá completar y presentar el formulario de solicitud correspondiente. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una copia del formulario. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Una vez aprobado, se puede programar una cita para revisar sus registros. Las copias, si se solicitan, tendrán un costo de \$0.10 por página. Si desea que se le envíen las copias por correo, también se cobrará el envío. El acceso a su información de salud en formato electrónico (si es fácilmente producible) se puede obtener a solicitud. Si por alguna razón no podemos proporcionar un formato electrónico, se le proporcionará una copia impresa legible. Si prefiere un resumen o explicación de su información de salud, se le proporcionará por una tarifa. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas. El 23 de mayo de 2016, la OCR aclaró que una tarifa fija para copias electrónicas no puede exceder los \$6.50 (incluyendo mano de obra, suministros y envío); esto no significa que el límite para todas las solicitudes de acceso sea de \$6.50.

Enmienda: Usted tiene derecho a modificar su información de salud si considera que es inexacta o incompleta. Su solicitud debe hacerse por escrito e incluir una explicación de por qué la información debe ser modificada. En ciertas circunstancias, su solicitud puede ser denegada.

Requisitos de notificación de violación de seguridad: Se presume que cualquier adquisición, acceso, uso o divulgación de PHI no permitido bajo las regulaciones de HIPAA constituye una violación. Estamos obligados a realizar una evaluación de riesgo y, si es necesario, informar al HHS y tomar cualquier otra medida requerida por la ley. Usted será notificado de la situación y de cualquier medida que deba tomar para protegerse contra daños debido a la violación.

---

## **PREGUNTAS Y QUEJAS**

**Tiene derecho a presentar una queja con nosotros si considera que no hemos cumplido con nuestras Políticas de Privacidad.** Su queja debe dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad. Si considera que podemos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado con respecto a su acceso a su información de salud, puede presentar una queja por escrito. Solicite un Formulario de Queja a nuestro Oficial de Privacidad. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información y no tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**CÓMO CONTACTARNOS:** Hope Christian Health Center

**Teléfono:** 702-644-4673

**Fax:** 702-902-5443

**Correo electrónico:** fax@hopehealthvegas.org

**Dirección física:** 4040 N. Martin L. King Blvd Suite A, North Las Vegas, NV 89032

## CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso al paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual establece cómo podemos usar y/o divulgar su información de salud. Por favor, firme este formulario para confirmar que recibió el aviso. Usted puede negarse a firmar este reconocimiento si así lo desea..

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
*Por favor, escriba su nombre aquí*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o del representante legal autorizado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

No podemos discutir su información de salud protegida (PHI) con ninguna persona que no sea usted, a menos que nos autorice a hacerlo. Por favor, indique a continuación el nombre de la(s) persona(s) a quienes autoriza a nuestro consultorio a hablar sobre su atención. Su PHI podrá ser divulgada a la(s) persona(s) que se indique(n) a continuación hasta que usted nos notifique lo contrario por escrito.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Hemos hecho todo lo posible para obtener la confirmación de recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad de este paciente, pero no se pudo obtener porque:

- El paciente se negó a firmar.
- Debido a una situación de emergencia, no fue posible obtener la confirmación
- No pudimos comunicarnos con el paciente
- Otro (*Por favor, proporcione detalles específicos*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del Empleado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*