



Formulario de Registro de Hope Christian Health Center- PEDIATRICO

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre):		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	NSS:	Fecha:
Teléfono:		Correo electrónico:
Nombre(s) del paciente/tutor legal si es menor de 18 años: 1. 2.		Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico	Limitaciones de Comunicación <input type="checkbox"/> Deterioro auditivo <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Dificultad del habla <input type="checkbox"/> Dominio limitado de inglés <input type="checkbox"/> Dificultad para escribir <input type="checkbox"/> Dificultad para leer
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	En los últimos 6 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita ayuda con una solicitud de Medicaid o SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consiente recibir mensajes de texto de nuestro expediente electrónico de salud (eCW)? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> no deseo recibir comunicaciones electrónicas	¿Cómo te enteraste de nosotras? <input type="checkbox"/> Amiga/familia/compañera de trabajo <input type="checkbox"/> Listadeseguros/proveedores <input type="checkbox"/> Feria/evento de salud <input type="checkbox"/> Google/Yelp/Redes Sociales <input type="checkbox"/> Otro _____	Idiomas que habla : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro: _____
¿Necesita ayuda con una solicitud de Medicaid o SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se encuentra actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del seguro primario: Identificación de miembro: Número de grupo:
Reconocimiento del Programa de Descuentos con Tarifa Deslizante: 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	Contacto de emergencia: Nombre: Relación: Número de teléfono:	Nombre del seguro secundario: Identificación de miembro: Número de grupo:
Farmacia preferida: _____		Solicitud de oración: _____ _____ _____ _____
Dirección de la farmacia: _____		Teléfono: _____



Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:		Fecha:	
Razón de la visita			Fecha del último examen físico:		Edad:	
Enfermedades importantes		SÍ	N	Historia de nacimiento		
1. Diabetes 1 o 2				Lugar de nacimiento:		
2. Cáncer: _____				Peso al nacer del bebé: _____ Longitud: _____		
3. Problemas de aprendizaje				¿Alguna complicación con el parto?		
4. Asma				En caso afirmativo, explíquelo por favor:		
5. Erupciones				¿Le hicieron exámenes de detección de infecciones/ defectos de nacimiento mientras estaba embarazada?		
6. Sarampión/varicela				En caso afirmativo, si hubiera alguna anomalía, explique:		
7. Problemas cardíacos				¿Fue un parto a término?		
8. Infecciones de oído				¿Fue / ha sido amamantada la niña?		
9. Garganta estreptocócica				¿La niña resultó herida durante el parto?		
10. Convulsiones				¿La niña tuvo una convulsión después del nacimiento?		
11. ADD/ ADHD				¿La niña tiene defectos de nacimiento?		
12. Otras: _____				-Por favor incluya los registros de vacunación de su hijo-		
Historial médico familiar (algún pariente consanguíneo, incluidos niños, tuvo):						
Historia de:		SÍ	N	Relación		
Hipertensión						
Ataque						
Diabetes						
Epilepsia						
Cardiopatía						
Colesterol alto						
Cáncer: En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____						
Enfermedad mental						
Asma o EPOC						
Otra:						
Comportamientos de salud adicionales					SÍ	N
¿Cuándo fue su última visita al dentista?				Fecha:		
¿Su hijo tiene un horario de sueño regular?						
Lista de alergias			Lista de medicamentos actuales			
1			1			
2			2			
3			3			
Hospitalizaciones (enumere los motivos de la visita)					Año	
1						
2						
Historia de la cirugía					Año	
1						
2						

Revisión de Sistemas - Pediátrico

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:			
<i>General</i>	✓	<i>Gastrointestinal</i>	✓	<i>Orejas, Nariz, Garganta</i>	✓
Glándulas inflamadas		Náuseas		Dolor de Boca	
Falta de energía		Vómitos		Dolor de mandíbula	
Alteración del sueño		Diarrea		Dolor en los dientes	
Fiebre		Dolor abdominal		Dolor de garganta	
Sudores nocturnos		Heces con sangre		Dificultad para tragar	
Pérdida de peso rápida		Constipación		Dolor de oído	
Aumento de peso rápido		<i>Endocrina</i>	✓	Zumbido en el oído	
		Problemas tiroideos		<i>Músculo/Articulación/Hueso</i>	✓
<i>Alergia/Inmunología</i>	✓	Perdida de cabello		Piernas	
Congestión nasal		Micción frecuente		Pies	
Estornudos		Sed anormal		Hombro	
Rinorrea		Crecimiento deficiente		Atrás	
Sangrados nasales frecuentes		Cambio de apetito		Caderas	
<i>Medicamentos/Alergia alimentaria</i>		Retraso en la curación de heridas		Cuello	
				Brazos	
<i>Piel</i>	✓	<i>Hematología</i>		Manos	
Acné		Sangrado		<i>Dolor/debilidad en las articulaciones</i>	
Sobre los lunares		Moretones		<i>Respiratoria / Cardio</i>	✓
Picor		Glándulas agrandadas		Tos	
Erupciones/lesiones cutáneas				Dificultad para respirar	
				Manos frías/azules	
<i>Genitourinaria</i>	✓	<i>Psiquiátrica</i>	✓	Latidos cardíacos acelerados	
Dolor al orinar		Ansiedad/estrés		Saltarse el latido del corazón	
Sangre en la orina		Preocupaciones con la atención		Dolor/presión en el pecho	
Aumento de la frecuencia de orina		Preocupaciones por la impulsividad		<i>Neurologico</i>	✓
Descarga anormal		Síntomas de depresión		<i>Entumecimiento</i>	
				Preocupaciones sobre el desarrollo	
		<i>Oftalmológico</i>	✓	Mareo	
		Cambios en la visión		Dolor de cabeza frecuente	
		Visión borrosa		Desmayos/Apagones	
		Dolor de ojo		Convulsiones	
		Irritación de ojo		Pérdida de memoria	

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><i>Información protegida o sensible</i></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)



Políticas de Oficina y Acuerdo Financiero

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 TARDES 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 _____

Autorización de Representante para Atención Médica de Menor

Yo, _____, padre/madre o tutor(a) legal de _____ (nombre del menor), autorizo a la(s) persona(s) que se indica(n) a continuación a llevar a mi hijo(a) a Hope Christian Health Center (HCHC) para sus citas y a hablar con el proveedor sobre la atención médica de mi hijo(a).

Autorizo a la(s) persona(s) designada(s) a acceder a los expedientes médicos de mi hijo/a relacionados con la visita y a otorgar consentimiento para la atención médica y el tratamiento de rutina según lo considere apropiado el proveedor de HCHC.

Autorización adicional para tratamiento (marque todas las opciones que correspondan):

- Vacunas (inmunizaciones)
- Medicamentos administrados en la clínica (medicamentos administrados durante la visita)

En caso de que no puedan comunicarse conmigo, también autorizo a la(s) persona(s) designada(s) a tomar decisiones médicas urgentes o de emergencia para mi hijo(a), incluyendo situaciones en las que se requiera acción inmediata para prevenir daño o un riesgo grave a la salud y no haya tiempo suficiente para contactarme.

Derecho a Revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que esta revocación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada.

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

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Nombre de la persona autorizada (permitida para acompañar al menor)

Relacion

Nombre de la persona autorizada (permitida para acompañar al menor)

Relacion

(Firma del Paciente o Representante Legal)

Fecha

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"/> Todos los registros	<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:

Hospitales:		
<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	
Clínicas:		
<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: _____ (location)
<input type="checkbox"/> Guadalupe Medical Center	<input type="checkbox"/> VA Southern Healthcare System	
Radiología/Laboratorio:		
<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)
Otro:		
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

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