

**Pecos Valley Group Médico**  
**Nueva Información para el paciente**

**Fecha de registro:** \_\_\_\_\_ **Número de cuenta:** \_\_\_\_\_

**Paciente (Legal ) Nombre:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_ **Estado Civil :** \_\_\_\_\_

**Numero de Seguridad Social del Paciente :** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del paciente:**  
\_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_ **Raza :** \_\_\_\_\_

**Dirección del paciente :** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_ **Codigo Postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

**Nombre de los padres :**

**Madre o Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento :** \_\_\_\_\_ **Numero de Seguridad Social**  
\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Padre o Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Numero de Seguridad Social** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**  
**( Con excepción de usted)**

**Contacto de Emergencia :** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**Información Garante ( Asegurado Principal )**

**Nombre Garante :** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **: Codigo Postal** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente :** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del Garante:** \_\_\_\_\_ **Numero de Seguridad Social del Garante:** \_\_\_\_\_

**Seguro Primario :**

**Seguro Secundario :**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Asegurado :** \_\_\_\_\_ **Nombre del Asegurado :** \_\_\_\_\_

**Número ID :** \_\_\_\_\_ **Número ID :** \_\_\_\_\_

**Número de grupo :** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de grupo :** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Testamento vital**

¿Tiene Directiva Anticipada para su salud? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No ( Ver adjunto )

**Autorización para Tratamiento**

Por la presente autorizo a Pecos Valley of New Mexico para proporcionar atención y tratamiento médico para mi hijo si lo consideran necesario .

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

**Asignación de Beneficios y Divulgación de información:**

Por la presente autorizo el pago directamente al beneficio Pecos Valley of New Mexico . También autorizo la liberación de cualquier información de registro médico para el seguro.

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

**Padre / Tutor**

En el caso de que mi cónyuge o yo no están disponibles, le doy permiso para Pecos Valley of New Mexico para proporcionar atención médica y tratamiento a mi hijo si lo consideran necesario , mientras que mi hijo está bajo la supervisión de :

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

**Práctica de Privacidad Aviso Recibo**

He recibido el Aviso de Privacidad Avisos práctica . Su firma indica que usted entiende y ha recibido una copia de nuestro aviso . El anuncio es tuyo para siempre .

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad , por favor no dude en ponerse en contacto con Erica Levy, Oficial de Privacidad al 575-887-4302.

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

**Política Financiera**

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros . Es su responsabilidad saber qué tipo de cobertura que tiene . Le enviaremos la factura a su compañía de seguros , pero no podemos garantizar beneficios o cantidades cubiertas . **USTED ES RESPONSABLE DE LA BALANZA DE PAGOS** , que se debe dentro de 30 días o según los acuerdos con nuestro departamento de facturación .

Deducibles de seguros y co-pagos son debidos en el momento del servicio . Los adultos que acompañan a un menor de edad son responsables por el pago del servicio.

Las preguntas sobre esta declaración de política o método de pago se pueden dirigir a nuestra gerente de oficina

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

## DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

\*\*\*\*\*

Todos los pacientes tratados en Pecos Valley of New Mexico tiene el derecho a la privacidad de su persona , el diagnóstico , el tratamiento y todos los demás aspectos de la atención médica. Es la política de Pecos Valley of New Mexico para mantener todos los registros médicos por lo que la confidencialidad de la historia clínica se mantiene intacta. Para garantizar la confidencialidad de todos los pacientes tratados , las siguientes reglas estarán vigentes las políticas prácticas a escala :

- 1 . Cualquier información de carácter médico en posesión de Pecos Valley of New Mexico no debe ser removido por un empleado de Pecos Valley of New Mexico excepción de lo permitido en estas políticas.
- 2 . Será la política general que Pecos Valley of New Mexico no va a usar voluntariamente el registro de tal forma que ponga en peligro ninguno de los intereses de los pacientes , con la excepción de que Pecos Valley of New Mexico en sí usará el registro, si es necesario, para defenderse o de sus agentes.
- 3 . Los proveedores de salud asociados con Pecos Valley of New Mexico pueden consultar libremente los registros médicos que se refieren a su trabajo.
- 4 . Si no hay ningún ejemplo de copias de los registros médicos que se hizo sin la liberación de la información médica .
- 5 . Solicitud verbal de información médica deben ser desalentados .
- 6 . La información contenida en el registro medial puede ser entregado a un abogado que representa a Pecos Valley de Nuevo México para proteger los intereses de la práctica en los casos de posibles litigios o compensación.
- 7 . Cuando se ha comprobado que otro centro de atención médica y / médico ha asumido el cuidado de un paciente , la información médica puede ser divulgada . Se prefiere una autorización escrita para tal liberación , pero en situaciones de emergencia o de urgencia no se requiere una autorización.
- 8 . Registros médicos originales no se toman fuera de cada local clínica , excepto cuando se reciba una citación duces tecum .
- 9 . Si un oficial de la ley solicitar información médica , debe suministrar Pecos Valley of New Mexico una citación de autorización debidamente firmada por parte del paciente .
- 10 . He leído y entendido la información anterior .

---

Signature of Patient/Guardian/Self  
Firma del Paciente / Tutor / Auto

\*\*\*\*\*

**Solicitud de la comunicación confidencial de la información de salud protegida**

**(Request for Confidential Communication of PHI)  
Attachment A**

Yo \_\_\_\_\_ comunicación de solicitud de mi información de salud protegida (PHI) de Pecos Valley de New Mexico, LLC, los medios alternativos o en lugares alternativos. Entiendo que esta solicitud se aplica únicamente a las comunicaciones de Pecos Valley de New Mexico, LLC para el paciente, y las comunicaciones que se envían al asegurado nombrado de una póliza de seguro que cubre al paciente como dependiente del asegurado nombrado.

Sírvase indicar los métodos y / o de lugares de en la que nos comunicaremos con usted.

Telefono\_\_\_\_\_ Correo\_\_\_\_\_

Numero\_\_\_\_\_ Direccion\_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Trabaja Telefono\_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTA: Esta solicitud permanecerá en efecto hasta que usted nos notifica de un cambio.

Otros contactar a transmitir su información de salud de protección:

Nombre\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
(Madre, padre, marido, hermana, hermano, etc.)

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Impreso Name\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente\_\_\_\_\_ Numero de Seguridad Social del Paciente \_\_\_\_\_

## **Consentimiento del Paciente para la prescripción electrónica (E-Prescribing)**

He sido informado y entiendo que las prácticas médicas y los consultorios utilizan un sistema de prescripción electrónica que permite a las recetas y la información relacionada que se envíen electrónicamente entre mis proveedores y mi farmacia. Se me ha informado y entiendo que mis proveedores que utilizan el sistema de prescripción electrónica se podrá ver información acerca de los medicamentos que ya estoy tomando, incluyendo las prescritas por otros proveedores. Doy mi consentimiento para que mis proveedores para ver esta información de salud protegida.

Parent, Patient's Signature or Authorized Representative Padres, Firma del Paciente o Representante Autorizado	Date/ fecha	Time/ tiempo
Relationship to Patient/ Relación con el paciente	Interpreter, if utilized/ Intérprete, si se utilizan	
Witness' Signature/ Firma del Testigo		

**Pecos Valley Physicians Group**

¿Quién es su proveedor de atención primaria? \_\_\_\_\_

¿Qué farmacia que usa? \_\_\_\_\_

¿Qué laboratorio prefiere utilizar para análisis de sangre? \_\_\_\_\_

¿Qué laboratorio prefiere usar para otras órdenes de laboratorio (cultivo de orina, cultivo de la herida, y biopsias)? \_\_\_\_\_

Nuestros consultorios médicos realizan llamadas de seguimiento de rutina con respecto a sus visitas. ¿Permitiría que nos comuniquemos con usted con el fin de ver cómo las cosas se fueron con su visita? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cómo prefiere que le contactemos? Inicio telefono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Trabaja \_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Tutor: Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información.**

**REVÍSELO ATENTAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta con relación a este aviso, comuníquese con el funcionario de privacidad del centro.

**Quiénes seguirán este aviso:** Este aviso describe las prácticas del centro y cómo el centro comparte su información con otras personas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- Cualquier profesional de atención médica autorizado para ingresar información a su expediente en el centro.
- Todos los departamentos y unidades del centro.
- Cualquier miembro de un grupo voluntario a quien se le permita ayudarle mientras usted esté en el centro.
- Todos los empleados, el personal, los agentes y otro personal del centro.
- Los proveedores de atención médica y sus representantes autorizados que sean miembros del arreglo organizada de atención médica del centro (Organized Health Care Arrangement, "OHCA"). Estos proveedores de atención médica y sus representantes autorizados estarán integrados de manera operacional o clínica con el centro, o de lo contrario contarán con autorización de la ley para recibir su información. Por ejemplo, en la medida en que la ley lo permita y de acuerdo con nuestras políticas, el centro compartirá su información médica con médicos miembros del personal médico del centro, incluso si el médico no es empleado del centro.
- Todas las entidades, los sitios y las ubicaciones dentro del sistema de este Centro seguirán los términos de este aviso. También pueden compartir información médica entre ellos con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

**Nuestro compromiso relacionado con la información médica:** Comprendemos que su información y atención médica es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Se crea un expediente de la atención y los servicios que recibe en el centro. Este expediente es necesario para proporcionar la atención necesaria y para cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los expedientes de su atención generados por el centro. Puede que su médico personal tenga políticas o avisos distintos relacionados al uso y la divulgación de su información médica en la clínica o el consultorio del médico.

En este aviso se indicarán las maneras en que el centro puede usar y divulgar su información médica. También se describen sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos relacionadas con el uso y la divulgación de información médica.

La ley obliga al centro a:

- asegurarse de que la información médica que le identifica se mantenga confidencial;
- informarle de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica; y
- seguir los términos del aviso actualmente vigente. Este aviso entra en vigencia a partir del 23 de septiembre de 2013.

### **CÓMO PUEDE EL CENTRO USAR y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:**

A excepción de lo relacionado con la información altamente confidencial (descrita a continuación), estamos autorizados a usar su información de salud para los siguientes propósitos:

- **Tratamiento.** Su información médica puede ser usada para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Esta información médica puede ser divulgada a médicos, enfermeros, técnicos y otras personas que participen en su atención en el centro, incluso empleados, voluntarios, estudiantes y médicos internistas en el centro. Esto incluye usar y divulgar su información para tratar su enfermedad o lesión, para contactarle y proporcionarle recordatorios de sus citas, o brindarle información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, que pudieran interesarle.

Por ejemplo: Un médico que le proporcione tratamiento por una pierna fracturada puede necesitar saber si usted tiene diabetes, debido a que la diabetes puede retardar el proceso de curación. El médico puede necesitar informarle al dietista acerca de la diabetes para que se coordinen las comidas adecuadas. Los distintos departamentos del centro pueden también compartir su información médica para coordinar sus diferentes necesidades, tales como recetas médicas, trabajo de laboratorio y rayos X. El centro también puede divulgar su información médica a personas ajenas al centro, que pudieran participar en su atención médica después de que se le dé el alta, tales como familiares, agencias de salud en el hogar y otras personas que proporcionen servicios como parte de su atención médica.

- **Pago.** Su información médica puede usarse y divulgarse para que el tratamiento y los servicios recibidos en el centro puedan facturarse y que el pago le sea cobrado a usted, a su aseguradora y/o a un tercero. Tenga en cuenta que solo cumpliremos con su solicitud de no divulgar su información de salud a su aseguradora si la información se relaciona con un artículo o servicio de atención médica que usted nos haya pagado en su totalidad mediante un desembolso directo. Esta restricción no se aplica al uso o ni a la divulgación de su información de salud para su tratamiento médico.

Por ejemplo: Hasta donde el seguro sea responsable de reembolsar al centro el costo de su atención, el plan médico o la aseguradora puede necesitar información sobre la cirugía que se le practicó en el centro para que puedan pagar por la cirugía. También puede proporcionarse información a alguna persona que ayude a pagar por su atención. Su plan médico o aseguradora también podría necesitar información sobre algún tratamiento que recibirá, para obtener la aprobación previa o para determinar si cubrirán el tratamiento.

- **Operaciones de atención médica.** Su información médica puede ser usada y divulgada con el objetivo de obtener más información de operaciones diarias en el centro. Estos usos y divulgaciones son necesarios para que el centro funcione y para supervisar la calidad de la atención que nuestros pacientes reciben.

Por ejemplo: Sujeta a cualquier limitación descrita en este aviso, su información médica puede ser:

1. Revisada para evaluar el tratamiento y los servicios llevados a cabo por nuestro personal para su atención.
2. Combinada con información de pacientes de otros centros para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer el centro, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces o no.
3. Divulgada a médicos, enfermeros, técnicos y otros agentes del centro con fines educativos y de revisión.
4. Divulgada a estudiantes de atención médica, a médicos internistas y a residentes.
5. Combinada con información de otros centros para comparar nuestro funcionamiento y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. La información que le identifique en este conjunto de información médica puede ser eliminada, para que otras personas la usen para estudiar la atención médica y los servicios de atención médica sin saber quiénes son los pacientes específicos.

- **Personas involucradas en su atención médica.** Con su autorización, puede darse a conocer su información médica a un familiar, tutor u otra persona involucrada en su atención. También puede informárseles sobre su afección, a menos que usted haya solicitado restricciones adicionales. Además, su información médica puede divulgarse a una entidad que asista en el socorro ante un desastre para que sea posible avisar a su familia respecto a su afección, estado de salud y ubicación.

- **Investigación.** Bajo determinadas circunstancias, su información médica puede ser usada y divulgada con propósitos de investigación.

Por ejemplo: Un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con la de aquellos que recibieron otro, para la misma afección. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto, y el pertinente uso de información médica, equilibrando las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes de mantener privada su información médica. Su información médica puede divulgarse a personas que estén preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación; por ejemplo, ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que revisen no salga del centro. Casi siempre le pediremos su autorización específica si el investigador tuviera que acceder a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad, o participara en su atención médica en el centro.



- **Actividades de marketing.** Puede que sin su autorización, siempre y cuando no recibamos pago de un tercero por hacerlo, 1) le proporcionemos material de marketing en encuentros presenciales, 2) le brindemos un regalo promocional de valor mínimo, o 3) le informemos acerca de nuestros propios productos y servicios de atención médica. Solicitaremos su autorización para usar su información de salud para cualquier otra actividad de marketing.
- **Recordatorios de citas.** Podemos usar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle su cita para tratamiento o atención médica en el centro.
- **Alternativas de tratamiento.** Podemos usar su información médica para contarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que pudieran ser de su interés.
- **Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar su información médica para contarle acerca de beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de su interés.
- **Participación en intercambios de información de salud.** Puede que participemos en uno o más intercambios de información de salud (Health Information Exchanges, HIE) y compartamos su información de salud de manera electrónica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones autorizadas de atención médica con otros participantes en HIE, incluso entidades que pueden no estar mencionadas bajo “**Quiénes seguirán este aviso**” en la primera página de este aviso. Según los requisitos legales del estado, puede que se le solicite ser "incluido" para compartir su información en HIE, o puede proporcionársele la oportunidad de ser "excluido" para no participar en HIE. HIE permite que sus proveedores de atención médica accedan eficazmente y usen su información médica necesaria para tratamiento y otros propósitos legales. No compartiremos su información en un HIE a menos que el HIE y sus participantes estén sujetos a los requisitos de privacidad y seguridad de HIPAA.
- **Conforme lo requiera la ley.** Su información médica será divulgada cuando lo soliciten las autoridades, leyes, reglas y/o reglamentos federales, estatales o locales.
- **Juicios y litigios.** Si está involucrado en un juicio o litigio, su información médica se divulgará como respuesta a una orden judicial o a un mandato administrativo, una citación, una solicitud de descubrimiento, u otro proceso legal de parte de alguien involucrado en el litigio, cuando la ley nos obligue a responder.
- **Policía.** Su información médica se divulgará si lo requiere un oficial de la policía:
  1. Como respuesta a una orden judicial, una citación, una sentencia, una solicitud o un proceso similar;
  2. Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o a una persona desaparecida;
  3. Acerca de la víctima de un crimen si, bajo determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener la autorización de la persona;
  4. Acerca de un fallecimiento si creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal;
  5. En circunstancias de emergencia, para denunciar un crimen; la ubicación de un delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Su información médica se divulgará a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de protección para el Presidente y otros funcionarios.** Su información médica puede divulgarse a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.
- **Para alertar sobre una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Su información médica puede usarse y divulgarse cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, así como a la del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación se hará solamente a las personas capaces de ayudar a prevenir la amenaza.

- **Actividades de supervisión de salud.** Su información médica puede divulgarse a un centro de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y obtención de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de los derechos civiles.

#### **SITUACIONES ESPECIALES:**

- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos o tejidos, su información médica puede divulgarse a organizaciones que manejen la obtención de órganos el, trasplante de órganos, ojos y tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órganos y tejidos, y los trasplantes.
- **Militares y veteranos de guerra.** Si pertenece al ejército, su información médica puede divulgarse como lo requieran las autoridades de comando militar. Si usted es un miembro del personal militar extranjero, su información médica puede divulgarse a las autoridades militares extranjeras que sean adecuadas.
- **Compensación a los trabajadores.** Si busca un tratamiento para una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, debemos proporcionar la información completa según las leyes específicas del estado en relación con los reclamos de compensación laboral. Una vez que se cumplan los requisitos específicos del estado y que se reciba una solicitud escrita adecuada, solo pueden divulgarse los expedientes correspondientes a la enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.
- **Riesgo de salud pública.** Su información médica puede ser usada y divulgada para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  1. Prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
  2. Reportar nacimientos o fallecimientos;
  3. Reportar maltrato o abandono infantil;
  4. Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  5. Avisar a las personas sobre el retiro del mercado de productos que pudieran estar usando;
  6. Avisar a la persona que haya podido estar expuesta a una enfermedad o pudiera estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
  7. Avisar a la autoridad gubernamental adecuada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Solo la divulgaremos si está de acuerdo o cuando se solicite o esté autorizado por la ley.
- **Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias.** Su información médica puede ser divulgada a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información médica de los pacientes del centro a directores funerarios, conforme sea necesario, para la realización de sus funciones.
- **Reclusos.** Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario del oficial de policía, puede que divulguemos su información médica a la institución correccional o funcionario al oficial de policía. Esta divulgación sería necesaria por las siguientes razones:
  1. Para que la institución le proporcione atención médica;
  2. Para proteger su salud y seguridad, así como la de otros;
  3. Para la seguridad de la institución correccional.

### **INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL:**

Las leyes federales y/o estatales exigen protecciones especiales a la privacidad para determinada información altamente confidencial acerca de usted, incluso su información médica almacenada en las notas de psicoterapia. De igual manera, las leyes federales y/o estatales pueden proporcionar mayor protección de la que proporciona la HIPAA para los siguientes tipos de información, en cuyo caso cumpliremos con la ley que le proporcione la mayor protección a su información y los mayores derechos de privacidad a usted (1) salud mental y discapacidades del desarrollo; (2) prevención, tratamiento y remisión por abuso de alcohol y drogas; (3) pruebas, diagnóstico o tratamiento para VIH/SIDA; (4) enfermedades transmisibles; (5) pruebas genéticas; (6) abuso y abandono infantil; (7) abuso doméstico o al adulto mayor; y (8) agresión sexual. Para que su información altamente confidencial sea divulgada con un objetivo diferente del que la ley permite, se necesita su autorización escrita.

### **SU AUTORIZACIÓN ESCRITA**

Obtendremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su información médica protegida para cualquier propósito no descrito anteriormente, incluso divulgaciones que constituyan la venta de información médica protegida o para comunicados de marketing pagados por un tercero (excluyendo recordatorios para surtir nuevamente medicamentos, que la ley permite sin su autorización). Si autoriza al centro usar o divulgar su información médica, puede anular esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones cubiertas en su autorización escrita. Usted comprende que no podemos quitar cualquier divulgación hecha con su autorización, y que se nos requiere retener nuestros expedientes de la atención que el centro le proporcionó.

### **INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON ESTE AVISO:**

- **Cambios a este aviso.** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y que el aviso nuevo o modificado entre en vigencia para la información médica con la que ya contamos acerca de usted así como para cualquier información que recibamos en el futuro. El centro publicará una copia actual de este aviso con la fecha de vigencia. Además, cada vez que usted ingrese, o sea internado en el centro para recibir un tratamiento o servicios de atención médica como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso actual vigente.
- **Reclamos.** No será multado por presentar un reclamo. Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar un reclamo en el centro al Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Algunos estados pueden permitirle presentar un reclamo al fiscal general del estado, oficina de asuntos del consumidor u otra agencia estatal según lo especifique la ley estatal aplicable. Para presentar un reclamo en el centro, envíe su reclamo al funcionario de privacidad del centro por escrito. El funcionario de privacidad del centro puede proporcionarle información de contacto del Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos así como de la agencia estatal o agencias autorizadas para aceptar sus reclamos.

### **SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que el centro registra sobre usted:

**\*\* NOTA: Todas las solicitudes deben ser presentadas por escrito al centro. \*\***

- **Derecho a solicitar acceso a su información de salud.** Usted tiene el derecho a inspeccionar oportunamente y copiar información médica que pudiera usarse para tomar decisiones sobre su atención médica. El centro otorgará dicho acceso de conformidad con la ley aplicable.

Para revisar y copiar información médica o para recibir una copia electrónica de la información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, debe presentar una solicitud por escrito. Si solicita una copia impresa de su información, puede que cobremos una cuota por el costo de copiar, enviar por correo u otros insumos relacionados con su solicitud.

Si el centro usa o mantiene un registro médico electrónico relacionado con su información médica, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica de la información si así lo desea.

1. Puede requerir que el centro envíe la copia a otra entidad o persona que usted nombre, siempre que la elección sea clara, precisa y específica.
2. El centro puede cobrar una cuota igual a su costo administrativo por proporcionar una copia electrónica (por ejemplo, los costos pueden incluir el costo de una unidad de memoria, si solicitó que se produjera así una copia de su información). Si usted solicita una copia electrónica de su información, le proporcionaremos la información en el formato requerido si es posible hacerlo.

Podemos negarnos a su solicitud de inspeccionar y copiar, en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. El centro elegirá a otro profesional autorizado de la atención médica, que no sea la persona que le denegó su solicitud, para revisar su solicitud y la denegación. El centro cumplirá con el resultado de la revisión.

1. Un profesional autorizado de la atención médica ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que es probable que el acceso requerido ponga en peligro la vida o seguridad física de la persona, o de otra persona.
2. La información médica protegida hace referencia a otra persona (a menos que esa otra persona sea un proveedor de atención médica) y un profesional autorizado de la atención médica ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que es muy probable que el acceso requerido cause daño a tal persona.
3. El representante personal de una persona hace la solicitud de acceso, y un profesional autorizado de la atención médica ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que si se proporciona acceso a ese representante personal es muy probable que cause daño sustancial a la persona o a otra persona.

- **Derecho a hacer modificaciones.** Si cree que la información médica que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos modificar la información. Tiene derecho a solicitar modificar la información que el centro mantiene o que es para el centro. Excepto cuando las leyes estatales individuales son más estrictas, este centro tiene un mínimo de 60 días para procesar su solicitud.

Para solicitar una modificación, debe presentar una solicitud por escrito. También debe proporcionar una razón que apoye su solicitud.

Puede denegarse su solicitud de modificación si:

1. Su solicitud no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud;
2. Su información médica no la creamos nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
3. La información médica no es parte de la información médica que almacena el centro;
4. La información médica no es parte de la información que le permitirán revisar y copiar; o
5. La información médica se considera exacta y completa.

- **Derecho a solicitar una lista detallada de las de divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una "lista detallada de las divulgaciones". Es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para fines diferentes al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Excepto cuando las leyes estatales individuales son más estrictas, este centro tiene un mínimo de 60 días para procesar su solicitud.

Para solicitar esta lista detallada o informe de divulgaciones:

1. Debe presentar su solicitud por escrito.
2. Su solicitud debe incluir un período de tiempo no mayor que seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.
3. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, impresa, electrónica).

La primera lista que solicite en un período de 12 meses será sin costo. Para listas adicionales, es probable que le cobremos por los costos de proporcionar la lista. Le indicaremos el costo y puede decidir retirar o revisar su solicitud antes de incurrir en gastos.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos acerca de usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información médica que divulgamos a alguien que participe en su atención, o pago de su atención médica, como un familiar.

Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito. En su solicitud, debe indicarnos:


1. Qué información desea limitar;
2. Si desea limitar nuestro uso, la divulgación, o ambos;
3. A quiénes quiere que se les apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

También tiene derecho a solicitar que un artículo o servicio de atención médica no sea divulgado a su plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica. Se nos exige cumplir con su solicitud si el artículo o servicio de atención médica es pagado en su totalidad por desembolso directo. Esta restricción no se aplica al uso ni a la divulgación de su información de salud relacionada con su tratamiento médico.

- **Derecho a solicitar comunicación confidencial.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos, de determinada manera o en determinada ubicación.  
Por ejemplo: Puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito. No preguntaremos la razón de su solicitud. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea que se le contacte.
- **Derecho a ser notificado de violaciones.** Le avisaremos si descubrimos una violación a la información médica protegida no garantizada.
- **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso de manera electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:**

As required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I acknowledge that I was provided a copy of the Facility's Notice of Privacy Practices.

Patient's Signature or Legal Representative			Date	Time	
Relationship to Patient		Interpreter, if Utilized		Date	Time
Witness Signature	Date	Time			

**Physician Practice**  
**Notices of Privacy Practices Acknowledgement Form**  
100-PPSI-1001                      09/13                      Page 1 of 1

Patient Label