

### Información Demográfica

|  |                                       |                            |  |   |  |             |             |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--|---|--|-------------|-------------|
| Fecha en que se completó esta forma :  |                                       |                            |  |   |  |             |             |
| Nombre Legal :   |                                       | Apellido Legal :           |  |   | Inicial del Segundo Nombre :             |             |             |
| Nombre Preferido (si es diferente de arriba):  |                                       |                            |  | Nombres Anteriores (i.e., soltera, casado): |  |             |             |
| Fecha de Nacimiento :  |                                       |                            | Número de Seguridad Social (no es necesario)           |   |  |             |             |
| Sexo:  | Hombre                                | Identidad de Género:       | Hombre   | Mujer                                       | Transgénero                              | Otro: _____ |             |
|  | Mujer                                 |                            | Pronombres Preferidos:                                 | Él  | Ella                                     | Ellos/Ellas | Otro: _____ |
| Raza:  | Blanco/Caucásicos                     |                            | Negro/Afroamericana                                    |   | Indio Americano o Nativo de Alaska       |             |             |
|  | Asiático                              |                            | Isleño del Pacífico o Hawaiano                         |   | Prefiero no responder                    |             |             |
| Etnia:   | Hispano/Latino                        |                            | No Hispano/Latino                                      |   | Prefiero no responder                    |             |             |
| Estado Civil:  | Casado                                | Soltero                    | Divorciado   | Separado                                    | Viudo                                    | Pareja      |             |
| Orientación Sexual:  | Heterosexual                          |                            | Lesbianas/gays   |   | Bisexuales                               | Otro        |             |
| Estado Veterano:   | Veterano                              |                            | Cónyuge de Veterano                                    |   | No Corresponde                           |             |             |
| Estado del hogar:  | No sin hogar                          |                            | En riesgo de quedarse sin hogar                        |   | Vivienda transitoria                     |             |             |
|  | Vivir con otros                       |                            | Hotel de ocupación individual                          |   | Refugio desconocido                      |             |             |
|  | Niños en riesgo de quedarse sin hogar |                            | Actualmente, no sin hogar, fue en los últimos 12 meses |   | Calle, campamento, puente                |             |             |
|  |                                       |                            |  |   | Veterano en riesgo de quedarse sin hogar |             |             |
| Situación Laboral:   | Tiempo completo                       |                            | Medio tiempo   |   | Autónomo                                 |             |             |
|  | Retirado                              |                            | Discapacitado  |   | Niño                                     |             |             |
|  | Estudiante a tiempo parcial           |                            | En servicio militar activo                             |   | Trabajador Migrante                      |             |             |
|  |                                       |                            |  | Trabajador estacional                       |  |             |             |
| Ingreso familiar:* <i>Nota: Esto no reemplaza el proceso de solicitud de tarifa deslizando</i> |                                       | Tamaño de la familia _____ |  | Ingresos anuales del hogar \$ _____         |  |             |             |

### Información de Contacto

|  |  |  |  |         |                                     |
|--|--|--|--|---------|-------------------------------------|
| Dirección Postal:  |  | Ciudad:                                |  | Estado: | Código Postal:                      |
| Celular:   |  | Podemos enviar mensaje de texto? S / N |  | Casa:   | Trabajo:                            |
| Utilizaremos este correo electrónico para el portal del paciente a menos que opte por no participar. |  | Correo Electrónico : _____             |  |         | _____ Elijo optar por no participar |
| Crea una cuenta de portal para que otra persona acceda a su información de salud                     |  | Correo Electrónico : _____             |  |         | Parentesco Contigo: _____           |

### Contactos de Emergencia y Familiares Más Cercanos

| Nombre  | Relación                                     | Número de Teléfono |
|---|--|--------------------|
| Contacto de Emergencia  |  |                    |
| Familiars Más Cercanos  |  |                    |
| Tuto (si corresponde)   | Legal Guardian                               |                    |
| Agencia de Asistencia Domiciliaria /Cuidador (si corresponde) | Agencia de Asistencia Domiciliaria /Cuidador |                    |

### Información Sobre Cobertura de Salud

|                    |       |                            |       |            |       |
|--------------------|-------|----------------------------|-------|------------|-------|
| Seguro Primario:   | _____ | Nombre de Asegurado:       | _____ | Fec. Nac.: | _____ |
| ID del Aseguro:    | _____ | Grupo #:                   | _____ |            |       |
| ID del Miembro #:  | _____ | Relación con el Asegurado: | _____ |            |       |
| Seguro Secundario: | _____ | Nombre de Asegurado:       | _____ | Fec. Nac.: | _____ |
| ID del Aseguro:    | _____ | Grupo #:                   | _____ |            |       |
| ID del Miembro #:  | _____ | Relación con el Asegurado: | _____ |            |       |

### Proveedores de Atención Médica Actuales (Equipo de Atención)

|                              | Nombre | Oficina            | Fecha de la última visita | No tengo un proveedor |
|------------------------------|--------|--------------------|---------------------------|-----------------------|
| Dentista                     |        |                    |                           |                       |
| Médico                       |        |                    |                           |                       |
| Terapeuta                    |        |                    |                           |                       |
| Optometrista                 |        |                    |                           |                       |
| Especialista (tipo):         |        |                    |                           |                       |
| Especialista (tipo):         |        |                    |                           |                       |
| Especialista (tipo):         |        |                    |                           |                       |
|                              | Nombre | Número de Teléfono | Dirección (si se conoce)  |                       |
| Hospital Preferido           |        |                    |                           |                       |
| Laboratorio Preferido        |        |                    |                           |                       |
| Farmacia Preferida (local)   |        |                    |                           |                       |
| Farmacia Preferida (correo)  |        |                    |                           |                       |
| Proveedor de Equipos Médicos |        |                    |                           |                       |

Al firmar a continuación, doy fe de que la información que he proporcionado es precisa. Acepto actualizar la información según lo solicitado por la Clínica o cuando tenga cambios personales que cambien la información proporcionada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Si no es Paciente, Imprima el Nombre y la Relación

Fecha \_\_\_\_\_

Apellido de Paciente \_\_\_\_\_ Fec. Nac. \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

| Relacion  | Diabetes | Presión Alta. | Colesterol Alto | Infarto | Cáncer | Tipo de Cáncer | Apoplejía | Coágulos de Sangre | Problema de Salud Mental | Abuso de Sustancias | Otro | Estado de vida       |
|---|----------|---------------|-----------------|---------|--------|----------------|-----------|--------------------|--------------------------|---------------------|------|----------------------|
| Madre   |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Padre   |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Hermana   |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Hermano   |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Hija  |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Hijo  |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Mama de Madre                                     |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Papa de Madre                                     |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Mama de Padre                                     |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Papa de Padre                                     |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      | __ Vivo __ Fallecido |
| Otra historia relevante que desea que conozcamos: |          |               |                 |         |        |                |           |                    |                          |                     |      |                      |

**Historia de Paciente**

**Cigarrillos Electrónicos/Vapeo** (Círculo Uno)      Usuario de todos los días      Usuario de algunos días      Nunca Usuario  
Antiguo Usuario      Nunca evaluado      Estado actual del usuario desconocido      Desconocido si se ha utilizado

**Cigarrillos Electrónicos/Sustancias de vapeo** (Círculo de todos los que se aplican)

Nicotina      THC      CBD      Aromatizante      Otro

Por favor, indique "otros" \_\_\_\_\_

**Cigarrillos Electrónicos /Dispositivos de Vapeo** (Círculo de todos los que se aplican)      Cartucho desechable

prellenado o recargable      tanque recargable      Por favor, indique "otros" \_\_\_\_\_

**Tabaco**

Fumar (Círculo uno): Nunca      Antiguo      Todo los Días      Algunos Días      Desconocido

Sin Humo (Círculo uno): Nunca      Antiguo      Actual      Desconocido

Exposición Pasiva (Humo de segunda mano) (Círculo uno): Nunca      Pasado      Actual

¿Le gustaría recibir asesoramiento sobre cómo dejar de fumar?      Sí      No

# Cuestionario de Historia Médica/Social de Salud

## Alcohol

¿Tomas Alcohol?    Sí            No en este momento    Nunca

¿Tragos por semana? Copa de Vino \_\_\_\_ Latas de Cerveza \_\_\_\_ Tragos de licor \_\_\_\_ Tragos que contienen .05 onzas de alcohol \_\_\_\_

¿ Has tomado excesivamente alguna vez?    Sí    No                            ¿Manejas despues de tomar?    Sí    No

Consumo de Drogas (Circulo uno)    Sí            Actualmente no    Nunca                            **¿Cuántas veces por semana?** \_\_\_\_\_

**Tipos** (Círculo de todos los que se aplican) Vapeo                            Marihuana            Opioides            Heroína            Metanfetamina  
Anfetaminas    PCP    Éxtasis                            LSD    Ketamina            Mescalina            Psilocibina            Cocaína  
Crack                            Óxido Nitroso    Inhalantes Solventes    Barbitúricos    IV            Otro

## Consumo de Cafeína

¿Tomas cafeína?            Sí    No                            ¿Número de tazas o cantidad tomada por día? \_\_\_\_

Farmacia            Por favor, indique el nombre de su farmacia preferida \_\_\_\_\_

Problemas de Salud/Diagnósticos/Condiciones de Salud Enumere todos los problemas médicos y de salud mental actuales.

| <u>Problema</u> | <u>Comienso</u> |
|-----------------|-----------------|
| _____           | _____           |
| _____           | _____           |
| _____           | _____           |
| _____           | _____           |

Cirugías            Enumere todas las cirugías y/o procedimientos anteriores.

| <u>Cirugía</u> | <u>Razón</u> | <u>Cuándo/Dónde</u> |
|----------------|--------------|---------------------|
| _____          | _____        | _____               |
| _____          | _____        | _____               |

Alergias            Enumere todas las alergias (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y cómo le afectan.

| <u>Alergia</u> | <u>Reacción</u> |
|----------------|-----------------|
| _____          | _____           |
| _____          | _____           |

# Cuestionario de Historia Médica/Social de Salud

**Medications** Enumere todos los medicamentos actuales que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre.

| <b><u>Nombre</u></b> | <b><u>Dosis</u></b> | <b><u>Frecuencia</u></b> | <b><u>Propósito</u></b> | <b><u>Quién Prescribió</u></b> |
|----------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------------|
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |
|                      |                     |                          |                         |                                |

## Herramienta de Selección del Modelo de Comunidades de Salud Responsables

---

Nuestro objetivo es conectarle con los recursos comunitarios que usted necesita para estar saludable. Este cuestionario puede ayudarle a conectarse con los servicios de su comunidad que pueden mejorar su salud. Muchos de estos servicios son de bajo costo o sin cargo. Al responder estas preguntas, podremos facilitarle la conexión con servicios o programas útiles. Su información se mantendrá confidencial. La información que usted proporcione no afectará su condición de beneficiario de Medicare o Medicaid. Usted debe responder las preguntas a su manera. No hay respuestas correctas o incorrectas. Las preguntas marcadas con un \* son obligatorias.

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información

\*Complete la siguiente oración. Estoy respondiendo esta encuesta sobre...

- Mi persona    Mi hijo    Otro (describa su relación con esta persona) \_\_\_\_\_

### Tipo de cobertura de salud

\*Tipo de cobertura de salud:

- Medicaid    Medicare    Comercial    Sin seguro    Otra

\*¿Cuántas veces ha recibido cuidado en una sala de emergencias (emergency room, ER) en los últimos 12 meses?

Si está ahora en la sala de emergencias, cuente su visita actual. No cuente las visitas de cuidado de urgencia.

- Nunca    1 vez    2 o más veces

### Situación de vida

¿Cuál es su situación de vida actual?

- Tengo un lugar estable para vivir  
 Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro  
 No tengo un lugar estable para vivir (estoy viviendo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado)

Piense en el lugar en el que vive. ¿Tiene problemas con algo de lo siguiente?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plagas como insectos, hormigas o ratones              | <input type="checkbox"/> Pintura o caños con plomo |
| <input type="checkbox"/> Ausencia o mal funcionamiento de detectores de humo   | <input type="checkbox"/> Falta de calefacción      |
| <input type="checkbox"/> Mal funcionamiento de la cocina o estufa, o del horno | <input type="checkbox"/> Filtraciones de agua      |
| <input type="checkbox"/> Moho  | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

### Alimentos

En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de recibir dinero para comprar más?

- Con frecuencia     A veces     Nunca

En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró simplemente no le duró y no tuvo dinero para comprar más?

- Con frecuencia     A veces     Nunca

### Transporte

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le impidió ir a citas médicas, reuniones, trabajo o trasladarse para realizar tareas necesarias de la vida diaria?

- Sí     No

### Servicios públicos

En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, combustible o agua amenazó con cortar el servicio en su domicilio?

- Sí     No     Ya lo cortaron

### Seguridad

*Dado que muchas personas son víctimas de violencia, maltrato y abuso, lo cual les afecta la salud, hacemos las siguientes preguntas. (Marque con un círculo la respuesta que corresponda).*

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le hace daño físicamente?

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le insulta o menosprecia?

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le amenaza con hacerle daño?

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le grita o maldice?

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

### Apoyo familiar y comunitario

¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de las personas que lo rodean?

- Nunca     Rara vez     A veces     Con frecuencia     Siempre

### Información del núcleo familiar

¿Con cuántas personas vive actualmente? *Cuéntese y cuente a su cónyuge o pareja, sus hijos y cualquier otro dependiente. Si vive solo, escriba 1.*

\_\_\_\_\_ cantidad de personas

¿Cuál es el ingreso anual de su núcleo familiar de todas las fuentes?

*Incluya sus ingresos sumados a los ingresos de las personas que contó más arriba en su núcleo familiar.*

- Menos de \$10,000
- De \$10,000 a menos de \$15,000
- De \$15,000 a menos de \$20,000
- De \$20,000 a menos de \$25,000
- De \$25,000 a menos de \$35,000
- De \$35,000 a menos de \$50,000
- De \$50,000 a menos de \$75,000
- \$75,000 o más

¿Cuántos menores de 18 años hay en su núcleo familiar? \_\_\_\_\_

Es posible que usted cumpla con los requisitos para recibir servicios de coordinación de cuidado local gratuitos. Los Coordinadores de Cuidado pueden ayudarle a orientarse en los recursos locales, como asistencia para la vivienda, acceso a alimentos a bajo precio/gratuitos, transporte para las citas médicas, apoyo para el pago de los servicios públicos y otros recursos que quizás usted no sepa que están disponibles.

Comprendo que esta información puede ser compartida con un Coordinador de Cuidado, quien puede comunicarse conmigo para ayudarme a acceder a los recursos comunitarios para mis necesidades identificadas.

Número de teléfono que debería usar el Coordinador de Cuidado para comunicarse con usted: \_\_\_\_\_.

Si no desea recibir coordinación de cuidado en este momento, marque aquí

**EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO**

- El (La) cliente ha aceptado la navegación
- El cliente ha rechazado la navegación

Fecha de la selección: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso en QHN: \_\_\_\_\_

Preguntas utilizadas con permiso de los siguientes autores (enumerados por número):

1 National Association of Community Health Centers and partners, National Association of Community Health Centers, Association of Asian Pacific Community Health Organizations, Association OPC, Institute for Alternative Futures. (2017). PRAPARE. <http://www.nachc.org/research-and-data/prapare/>

2 Nuruzzaman, N., Broadwin, M., Kourouma, K., & Olson, D. P. (2015). Making the Social Determinants of Health a Routine Part of Medical Care. *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved*, 26(2), 321-327.

3 Hager, E. R., Quigg, A. M., Black, M. M., Coleman, S. M., Heeren, T., Rose-Jacobs, R., Frank, D. A. (2010). Development and Validity of a 2-Item Screen to Identify Families at Risk for Food Insecurity. *Pediatrics*, 126(1), 26-32. doi:10.1542/peds.2009-3146

4 National Association of Community Health Centers and Partners, National Association of Community Health Centers, Association of Asian Pacific Community Health Organizations, Association OPC, Institute for Alternative Futures. (2017). PRAPARE. <http://www.nachc.org/research-and-data/prapare/>

5 Cook, J. T., Frank, D. A., Casey, P. H., Rose-Jacobs, R., Black, M. M., Chilton, M., . . . Cutts, D. B. (2008). A Brief Indicator of Household Energy Security: Associations with Food Security, Child Health, and Child Development in US Infants and Toddlers. *Pediatrics*, 122(4), 867-875. doi:10.1542/peds.2008-0286

6 Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: a Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512



## Salud Consentimiento Informado Para Tratar

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

### Carrera/Credenciales :

Victoria Baumann obtuvo su licenciatura en Psicología de la Universidad del Norte de Colorado y su maestría en Consejería de la Universidad Estatal de Adams. Victoria ha estado ejerciendo como Consejera Profesional Licenciada y Especialista Certificada en Adicciones desde 2020.

La práctica de personas con licencia o registradas en el campo de la psicoterapia está regulada por la Sección de Licencias de Salud Mental del Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (DORA). La Junta Examinadora de Consejeros Profesionales con Licencia de DORA, en 1560 Broadway, Ste. 1370, Denver CO 80202. DORA especifica los requisitos para un Especialista en Adicciones Certificado que practica la consejería en el Estado de Colorado, que incluyen tener una licenciatura junto con 2,000 horas de experiencia laboral, aprobar el examen de jurisprudencia y aprobar los exámenes NCAC II o MAC, además de los requisitos de capacitación. Un Consejero Profesional con Licencia debe tener una maestría de una universidad acreditada y obtener 2,000 horas de experiencia laboral directa después de obtener el título, aprobar el Examen Nacional de Consejeros y registrarse ante el Estado de Colorado como Consejero Profesional con Licencia.

Naomi McCrea, LCSW. Recibió su Maestría en Trabajo Social-Pista Clínica en 2014 de la Universidad de Virginia Commonwealth en Richmond, VA. Recibió su licenciatura en Sociología y su licenciatura en Desarrollo Humano en 2012 de Virginia Tech en Blacksburg, VA. Ella es una Trabajadora Social Clínica Licenciada en el estado de Colorado y ha tenido su LCSW desde 2018.

### Consentimiento:

1. Acepto voluntariamente someterme a tratamiento de salud mental y entiendo que puedo interrumpir el tratamiento en cualquier momento. Comprendo que mi proveedor de salud mental puede querer discutir esto conmigo, pero reservo el derecho de detener el tratamiento en cualquier momento. Además, entiendo que mi proveedor de salud mental puede hacer recomendaciones de diagnóstico y tratamiento con las cuales no esté de acuerdo (por ejemplo, modalidad de tratamiento, duración del tratamiento, frecuencia de visitas, etc.) y puedo buscar una segunda opinión de otro consejero.
2. Tengo derecho a recibir información sobre los métodos de terapia, las técnicas utilizadas, la duración de la terapia, si se conoce, y la estructura de tarifas.
3. Entiendo que soy responsable de proporcionar información para mi evaluación y tratamiento de la manera más veraz posible y de la mejor manera posible.
4. Entiendo que mi proveedor de salud mental no puede garantizar una mejor salud mental (por ejemplo, menos deprimido, mejor satisfacción marital, etc.) Sin embargo, habrá razones, metas y objetivos

## Salud Consentimiento Informado Para Tratar

claramente establecidos para continuar o interrumpir el tratamiento de salud mental. Esto se discutirá con mi proveedor de salud mental.

5. Entiendo que puede haber algunos riesgos al participar en los servicios de salud mental. Estos pueden incluir, pero no se limitan a abordar experiencias emocionales dolorosas y / o sentimientos; ser desafiado o confrontado en un tema en particular; reunirse con miembros de la familia.
6. Entiendo que tengo derecho a un intérprete.
7. Comprendo que si tengo una queja con mi proveedor de salud mental, primero intentaré comunicármelo directamente a él/ella. En caso de que la queja no se resuelva satisfactoriamente, entiendo que puedo solicitar un formulario de queja y ayuda para completarlo en recepción, o pedir hablar con el Director Ejecutivo de PIC Place al (970) 252-8896. También comprendo que tengo el derecho de presentar una queja contactando a la Junta de Quejas de Salud Mental en: Departamento de Agencias Reguladoras, Sección de Salud Mental, 1560 Broadway, Suite 1340, Denver, CO 80202, (303) 894-7766.
8. Entiendo que los pagos por las visitas de salud conductual se facturarán a través de mi compañía de seguros, si corresponde, y cualquier copago se espera el día del servicio.
9. En una relación profesional, la intimidad sexual nunca es apropiada y debe ser reportada al Director Ejecutivo o a la junta que regula, registra, certifica o da licencia al consejero.
10. Las visitas de salud conductual siguen las mismas políticas relacionadas con no presentarse y cancelaciones que las visitas médicas.
11. El PIC Place tiene un modelo integrado de atención médica y las notas resumidas de sus visitas de asesoramiento se documentan en un registro médico electrónico y se comparten con su equipo médico y dental en el PIC.
  - a. Si tiene alguna preocupación, avíseme si le gustaría ser remitido a otro consejero .
  - b. También compartimos notas resumidas de sus visitas con nuestros intercambios de información de salud, Quality Health Network (QHN), CommonWell y Carequality. En el caso de que necesite atención en el hospital, el Departamento de Emergencias o ver a otros proveedores, podrán ver en qué está trabajando para ayudarlo mejor. Hágamelo saber si desea optar por no participar en QHN o en estos otros intercambios de información de salud.
  - c. Otras personas que se ocupan de usted pueden solicitar su registro médico del lugar de la PIC con su publicación de registro médico firmado. Sus notas de consejería resumida se incluirán en su expediente médico a menos que nos pida en el formulario de liberación que no las incluya.

## Salud Consentimiento Informado Para Tratar

12. Entiendo que la información detallada compartida con mi terapeuta tiene carácter legalmente confidencial, cuenta con protecciones especiales bajo la Regla de Privacidad de HIPAA y, en la mayoría de los casos, no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito. Sin embargo, entiendo que en ciertas circunstancias legales, esta información puede ser compartida con las autoridades correspondientes sin mi permiso, y si es factible, se me informará en consecuencia. La ley de Colorado establece las siguientes excepciones a la confidencialidad:
- Si se le considera un peligro para sí mismo o para los demás.
  - Si surgen preocupaciones de posibles abusos o descuidos sexuales, ancianos o niños.
  - Si se emite una orden judicial/citación para obtener registros.
  - Si estos registros son requeridos por un médico forense o forense.
13. Me han informado que puedo ver información sobre mi atención de consejería o enviar mensajes a mi proveedor de salud conductual de forma segura a través del portal del paciente. El portal del paciente nunca debe usarse para emergencias.
- Si desea que otra persona también acceda a su portal de pacientes, y tenga 18 años o más, puede agregar un proxy de portal que puede revocar en cualquier momento .
  - El acceso de un representante de un padre o tutor legal al portal de un niño se cancelará en el cumpleaños número 12 del niño. Un poder médico puede solicitar acceso al portal de un adolescente .
14. Entiendo que puedo solicitar una copia electrónica o en papel de mi expediente médico para compartirlo al firmar un formulario de autorización.
15. Entiendo que se pueden tomar fotografías, videos e imágenes por computadora de mí con el fin de seguridad, protección de identidad, proporcionar y documentar el tratamiento y cuidado que recibo. Estas imágenes no deben ser utilizadas para ningún otro propósito que no sea seguridad, protección de identidad, proporcionar y documentar la atención prestada. Las conversaciones y videos de telemedicina no se guardan ni se incluyen en el expediente médico.

**Consentimiento del cliente:** He leído esta información, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y entender mis derechos como cliente. Al firmar a continuación, reconozco mi acuerdo con los términos anteriores y doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento. Entiendo que este consentimiento para tratar expirará en 12 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario. También entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas a mi consejero acerca de esta información en cualquier momento .

\_\_\_\_\_  
Firma de pacientes de 12 años o más

Fecha: \_\_\_\_\_

## ¿Por qué estás recibiendo esta estimación de buena fe?

Esta **Estimación de Buena Fe** cumple con la **Ley de No Sorpresas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)**.

**Esto no es un contrato. No le obliga a aceptar los servicios enumerados.** El propósito de la Estimación de Buena Fe que está recibiendo es proporcionarle un costo aproximado de los servicios que recibirá de nuestra práctica que no será pagado por el seguro médico.

Los costos razonablemente esperados se han incluido en su estimación y se basan en la información conocida por nuestra práctica cuando se preparó.

Los costos desconocidos o inesperados que puedan surgir durante el tratamiento debido a complicaciones o circunstancias inusuales **NO** se han incluido en esta estimación. Si ocurren, y se le facturan al menos \$400 por encima de la cantidad indicada en esta Estimación de Buena Fe (por proveedor), la ley federal le permite disputar (apelar) su factura por servicios de las siguientes dos maneras:

- 1. Contactarnos:** Usted puede dirigir cualquier pregunta o inquietud que tenga con respecto a esta estimación o cualquier factura a nuestra práctica. Por favor encuentre nuestra información de contacto abajo. La ley federal le permite solicitar que actualicemos su factura para que coincida con la estimación de buena fe que recibió. También puede solicitar negociar el importe de la factura o preguntar sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
- 2. Presentar una Resolución Formal de Disputa:** También puede presentar una disputa formal en línea con los **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)** ([www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises)) o llamando al 1-800-985-3059.

Si decide presentar una resolución formal de disputas, **debe iniciar el proceso dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en la factura original que recibe. Hay una tarifa de **\$25** para usar el proceso de disputa. Si su disputa es **aprobada**, usted puede ser elegible para pagar la cantidad más baja en la Estimación de Buena Fe que recibió. Si **no se aprueba**, usted estará obligado a pagar la cantidad facturada más alta.

**IMPORTANTE:** Se recomienda guardar un papel o una versión electrónica de esta Estimación de Buena Fe en un lugar seguro. Es posible que lo necesite si decide presentar una disputa formal.

Gracias por confiar en nosotros con su atención médica. Por favor, encuentre su Estimación de Buena Fe en la parte posterior de esta página. Si tiene alguna pregunta sobre esta Estimación de Buena Fe o facturas futuras, **no dude en ponerse en contacto con nuestro Departamento de Facturación: 970-200-1600 (Opciones de menú 1, luego 3).**

## Política de Tolerancia Cero

MarillacHealth tiene una política de tolerancia cero. En última instancia, los pacientes pueden ser despedidos de la práctica y retirados del panel de un proveedor por no cumplir con esta política. Si son despedidos, los pacientes serán informados por escrito y no se les permitirá regresar a ninguna de las instalaciones o departamentos de Marillac. A continuación se presentan algunos ejemplos de comportamiento que no serán tolerados:

- Uso de la fuerza o intento de agredir a pacientes, visitantes o personal del centro de salud
- Uso de la fuerza o destrucción de bienes físicos en las instalaciones del centro de salud, incluyendo estacionamiento y áreas comunes
- Uso de contacto inapropiado, escupir, levantar puños o pies o lenguaje verbalmente amenazante
- Gestos o lenguaje sexualmente inapropiados contra pacientes, visitantes o personal
- Comentarios raciales o gritos a cualquier persona
- Comportamiento intimidante como golpear mostradores, puertas, etc.
- Incumplimiento persistente de la atención (administración de medicamentos) o planificación de cuidados
- Abuso persistente o sobreutilización de los servicios
- No presentaciones persistentes
- Ruptura severa en la relación proveedor-paciente
- Fumar en los baños/instalaciones/locales
- Comportamiento agresivo / abusivo no se tolera, y cada evento se discute y se registra.
- Los pacientes agresivos / abusivos pueden ser escoltados o retirados de la instalación por la seguridad o la policía. Si la policía los retira, los pacientes pueden ser acusados de allanamiento de morada o acusados de cargos criminales.

Si es menor de edad, nombre del paciente y fecha de nacimiento

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha de Hoy

NOMBRE IMPRESO del paciente o tutor legal

Relación con el paciente

**PERMISO PARA EL TRATAMIENTO :**

Entiendo que todos los pacientes de MarillacHealth pueden ser vistos por el personal o médicos voluntarios, asistentes médicos o enfermeras practicantes que tienen licencia en el Estado de Colorado y están supervisados por el Director Médico y / o Director Dental de la Clínica. Entiendo que todos los pacientes de MarillacHealth pueden ser vistos por personal o médicos voluntarios, asistentes médicos o enfermeros que tienen licencia en el Estado de Colorado y son supervisados por el Director Médico de la Clínica y/o el Director Dental. Entiendo que la Clínica funciona como un centro de enseñanza para estudiantes de medicina/odontología de todas las disciplinas, y esos pacientes pueden ser vistos por estos estudiantes . Entiendo que todos los estudiantes están bajo la supervisión directa del personal médico/dental de la Clínica. Entiendo que tengo derecho a solicitar que no me trate un estudiante. Entiendo que esta atención puede incluir procedimientos clínicos de rutina, pruebas diagnósticas, terapia intravenosa, inyecciones, cirugía menor, y no se me han hecho garantías sobre los servicios, el tratamiento o el resultado de esta atención. Entiendo que mi historial de prescripción puede obtenerse de cualquier farmacia que haya utilizado.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA:**

Entiendo que las regulaciones federales permiten que la Clínica obtenga, use y divulgue mi información médica protegida para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica y como lo permita la ley, como se explica en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica. También entiendo que algunos o todos mis registros médicos (o copias de mis registros médicos) pueden ser divulgados o proporcionados a otros proveedores de atención médica (como médicos, enfermeras, psicólogos o su personal) involucrados en mi tratamiento actual o futuro. Este tipo de divulgación puede ser por correspondencia escrita, en persona, por fax, por teléfono u otros medios. Entiendo que mi permiso no es necesario para esos usos o divulgaciones La Clínica también puede divulgar mi información para procesar reclamaciones de pago. Aunque esta oficina hará esfuerzos razonables, entiendo que la confidencialidad de mis expedientes médicos no puede garantizarse una vez que salen de esta oficina. Comprendo que pueden tomar una fotografía de mí y/o escanear mi identificación con foto y usarla para verificar mi identidad. Comprendo que mis expedientes pueden contener información identificativa, incluyendo fotografías, examen, tratamiento, diagnóstico y pronóstico, así como cantidades facturadas y pagadas, además de información sensible relacionada con el abuso de sustancias, historial y tratamiento psiquiátrico, estado de VIH, cualquier diagnóstico/tratamiento para el SIDA o enfermedad relacionada con el SIDA, orientación sexual y/o actividades o enfermedades sexuales. Entiendo que esta información puede ser divulgada o comunicada según sea necesario de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica, a menos que esté protegida o estipulada de otra manera por la ley estatal o federal. Comprendo que puedo solicitar restricciones sobre cómo se utiliza, divulga o comparte cualquiera de mis datos de salud y/o mis expedientes médicos. (Comprendo que la Clínica y el Hospital St. Mary's participan en un Acuerdo de Continuidad de Atención en el que se comparte información de facturación y de la clínica sin un consentimiento específico de mi parte). Comprendo que la Clínica utiliza un modelo de atención colaborativa y que los registros de salud mental forman parte del expediente médico.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE :**

Estoy de acuerdo en proporcionar toda la información financiera solicitada por la Clínica para poder calificar para los servicios. Atesto que toda esta información es precisa según mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información financiera falsa o no actualizo cambios en ingresos o estado de seguro, es posible que ya no sea elegible para los servicios de la Clínica. Entiendo que la Clínica espera el pago de los gastos incurridos en el momento de la visita. Si no puedo pagar la tarifa reducida en este momento, me reuniré con el personal pertinente de la Clínica para hacer arreglos de pago. Comprendo que puede haber cargos adicionales por vacunas, análisis de laboratorio, procedimientos, medicamentos u otros ítems. Entiendo que puedo ser referido a un médico especialista para consulta o tratamiento. Entiendo que, como paciente, soy responsable financieramente del pago de todos los cargos por servicios proporcionados por estos especialistas. Entiendo que la Clínica no es responsable financieramente y no pagará por ningún servicio fuera de la Clínica. Entiendo que la Clínica solo proporciona atención de rutina, ambulatoria, durante el horario regular de oficina publicado, y que en caso de emergencia o eventos que pongan en peligro la vida, buscaré atención en una instalación de emergencia a mi propio costo. Entiendo que si estoy en una condición potencialmente mortal mientras estoy en la Clínica, el transporte de emergencia será llamado para transportarme a una sala de emergencias . Entiendo que soy financieramente responsable del costo de tal atención de emergencia y transporte. Me doy cuenta de que no mantener mis citas, cancelar mis citas o llegar tarde a una cita puede poner en peligro mi elegibilidad para la atención continua en la Clínica.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / MEDICARE Y MEDICAID:**

Certifico que la información dada por mí al aplicar bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta.

Autorizo a la Clínica a revelar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías de seguros cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado de Medicare/Medicaid o un reclamo de seguro privado. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico u organización que proporciona los servicios para que la Clínica pueda ser pagada directamente o autorice a dicho médico u organización a presentar una reclamación a Medicare/Medicaid para que me paguen.

Entiendo que este consentimiento completo, la responsabilidad financiera y la asignación de beneficios serán válidos ahora y en el futuro hasta que sea revocado por escrito por mí y la revocación dada a la clínica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre IMPRESO del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento



## Consentimiento de comunicación verbal

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

### Divulgación Verbal

Autorizo a The PIC Place/MarillacHealth a dejar mensajes con respecto a la información médica relacionada con mi atención mediante los siguientes métodos y asumiré la responsabilidad de notificar a The PIC Place/MarillacHealth cuando la información cambie. (Marque todo lo que corresponda).

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo de voz/Contestadores automáticos \_\_\_\_\_

### Divulgación a Otras Personas

Autorizo a The PIC Place/MarillacHealth a hablar con las siguientes personas sobre me atención y tratamiento actuales:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Toda la información de salud, incluida la facturación, se puede comunicar a las personas mencionadas anteriormente, excepto por lo siguiente

Diagnóstico o referencia a servicios de salud conductual / atención psiquiátrica; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); virus de inmunodeficiencia humana (VIH); infección de transmisión sexual (ITS); o abuso de drogas y/o alcohol.

Esta autorización no caduca a menos que yo revoque o cambie la autorización.

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla.

La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la Regla de privacidad de HIPAA.

Se requiere mi firma para validar esta autorización. Si no firmo esta autorización, The PIC Place/MarillacHealth seguirá proporcionando tratamiento y solicitará el pago por los servicios prestados. De acuerdo con State Statutes, este sitio de atención puede cambiar por copias de registros médicos.

Patient or Parent/Legal Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



### LEY DE PORTABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS DEL SEGURO DE SALUD DE 1996

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR MÍRALO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Oficial de Privacidad al 970-200-1600; o por correo a 2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501. Para obtener más información sobre MarillacHealth, visite nuestro sitio web en [www.MarillacHealth.org](http://www.MarillacHealth.org)

La información médica sobre usted y su salud es privada. Nos esforzamos por proteger sus registros médicos cuando usted está siendo visto en las clínicas. Usaremos sus registros para cuidar de usted, facturar por cuidado, y para cumplir con la ley.

Este Aviso de Privacidad se aplica a todos los sitios de servicios de clínicas de MarillacHealth. Este Aviso le informa sobre las maneras en que MarillacHealth puede usar o dar información de sus registros médicos privados. También explica sus derechos y responsabilidades.

Nota: La Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 requiere que todos los médicos y centros de atención médica proporcionen a los pacientes una notificación que describa cómo se puede usar y divulgar la información médica de una persona, y cómo un paciente puede obtener acceso a su información personal de salud..

#### Quién sigue los Términos de este Aviso:

- Cualquier proveedor de atención médica que lo atienda en cualquiera de nuestras ubicaciones
- Todos los empleados, voluntarios y personal del hospital y clínicas
- Estudiantes de salud en programas de formación
- Cualquier asociado de negocios que realice un trabajo para nosotros que requiera que vea su información médica o dental para hacer su trabajo

#### Acuse de Recibo:

Entiendo que, según lo permitido y requerido por la ley, el personal de MarillacHealth usará y dará mis registros médicos, sin mi consentimiento o autorización, para:

- Tratamiento: Los proveedores de atención médica usarán mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y plan de cuidado para cuidarme.
- Pago: MarillacHealth usará mis registros médicos para facturarme, mi seguro u otros programas de ayuda para mi atención si esto se aplica a la clínica donde recibo mi atención.
- Operaciones de atención médica: MarillacHealth utilizará mi historial médico para gestionar las clínicas y asegurarse de que los pacientes reciben una atención de calidad.

Tenga en cuenta que una copia de HIPAA está disponible a petición del paciente o padre / tutor de un menor que recibe servicios de consejería médica, dental o de salud mental en MarillacHealth. Antes de recibir los servicios, debe firmar a continuación, certificando que entiende que una copia de nuestras políticas de HIPAA está disponible.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre IMPRESO del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

**AVISO HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR MÍRALO CUIDADOSAMENTE.

Proporcionamos atención médica a nuestros pacientes junto con médicos y otros profesionales de la salud. Este Aviso de Prácticas de Privacidad (“Aviso”) describe cómo usaremos y divulgaremos la información médica protegida.

**I. Nuestro Compromiso de Salvaguardar Su Información Médica Protegida.**

Cada vez que visita nuestras instalaciones, se hace un registro de su visita. La información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados se llama información de salud protegida (“PHI”). Su historial médico es un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que cuidan de usted. PHI puede incluir documentación de sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos y tratamiento. También incluye documentos relacionados con la facturación y el pago por la atención proporcionada.

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información médica protegida. Estamos obligados por ley a:

- Mantenga la privacidad de su información de salud protegida;
- Proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad que explica cómo, cuándo y por qué usamos y divulgamos su información médica protegida;
- Cumplir con los términos del presente Aviso;
- Hacer un esfuerzo de buena fe para obtener su acuse de recibo por escrito de que ha recibido este Aviso; y
- Notificarle después de una violación de su información de salud protegida no segura.

**II. Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información Médica Protegida**

Este Aviso le informa sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicamos lo que queremos decir y damos algunos ejemplos para ayudarle a entender mejor el significado. Si un uso o divulgación no está incluido en una de estas categorías, solicitaremos su permiso primero.

**Usos y Divulgaciones Sin Su Permiso**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que se nos permite usar y divulgar su información médica protegida sin su permiso (que se llama una “autorización” bajo HIPAA).

***Para el Tratamiento***

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para proporcionarle tratamiento y servicios médicos y dentales. Podemos divulgar información médica protegida sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de atención médica que le brinde servicios de atención médica o que esté involucrado en su cuidado. Esto puede incluir profesionales de la salud en otras instalaciones, como el consultorio de su médico, otros

hospitales, hogares de ancianos o agencias de salud en el hogar. Por ejemplo, un médico que lo atiende por una pierna rota puede necesitar saber si tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación.

### ***Para el Pago***

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para obtener el pago de sus servicios de atención médica proporcionados por nosotros. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede llevar a cabo antes de que apruebe o pague por los servicios de atención médica que le recomendamos, tales como hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para beneficios de seguro, revisar los servicios que se le proporcionan por necesidad médica, y y realización de actividades de examen de la utilización.

### ***Para Operaciones de Atención Médica***

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para las operaciones necesarias para que nuestras instalaciones funcionen y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban atención de calidad. For example, we may use your protected health information in order to evaluate the quality of health care services that you received or to evaluate the performance of the health care professionals who provided health care services to you. This information may also be used in an effort to continually improve the quality and effectiveness of the health care and services we provide. We may disclose your protected health information to another health care provider or a health plan that you have a relationship with, for their operations' activities.

### ***Asociados Comerciales***

Es posible que divulguemos su información médica protegida a otras compañías que nos ayuden. Estos socios comerciales pueden incluir compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamos, agencias de cobro, contadores, abogados, etc. consultores y otros que nos ayudan con actividades de pago u operaciones de atención médica. Exigimos contractualmente a nuestros socios comerciales que protejan la privacidad y seguridad de su PHI.

### ***Personas Involucradas en Su Cuidado o Pago Por Su Cuidado***

Podemos divulgar información médica protegida sobre usted a un miembro de la familia, representante personal u otra persona involucrada en su atención o responsable del pago de sus servicios de atención médica. También podemos hablar de su condición con su familia o amigos y decirles que usted está en el hospital. Si no desea que compartamos información con su familia u otras personas involucradas en su cuidado, comuníquese con la persona que figura en la Sección V de este Aviso.

### ***Autoridades de Salud Pública***

Podemos divulgar su información de salud para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública que esté permitida por la ley para recopilar o recibir la información. Por ejemplo, se puede hacer una divulgación a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades. También podemos divulgar su información médica protegida a una persona o compañía sujeta a la jurisdicción de la FDA para reportar eventos adversos, defectos o problemas de productos o desviaciones de productos biológicos; para rastrear productos regulados por la FDA; para permitir retiros de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; o para otros fines relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulada por la FDA.

### ***Seguridad Pública***

Podemos divulgar información de salud protegida con fines de seguridad pública en circunstancias limitadas. Podemos divulgar información médica protegida a funcionarios de la ley en respuesta a una orden de registro o una citación del gran jurado. También podemos divulgar información médica protegida para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o localizar a una persona, para enjuiciar un delito de violencia, para reportar las muertes que puedan haber resultado de una conducta delictiva, y para reportar la conducta delictiva en la instalación. También podemos divulgar su información de salud protegida a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y otros para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

### ***Procedimientos Judiciales y Administrativos***

Podemos divulgar información médica protegida si se nos ordena hacerlo por un tribunal, para una audiencia administrativa, o si recibimos una citación o una orden de registro. Recibirá una notificación anticipada sobre esta divulgación en la mayoría de las situaciones para que tenga la oportunidad de oponerse a compartir su información de salud protegida.

### ***Actividades de recaudación de fondos***

Podemos utilizar su información médica protegida en un esfuerzo por recaudar fondos para nuestra instalación con su consentimiento. El dinero recaudado a través de estas actividades se utiliza para ampliar y apoyar los servicios de salud y programas educativos que brindamos a la comunidad.. Si no desea recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos, puede notificar a nuestro Departamento de Relaciones con Donantes y honraremos su deseo. El tratamiento o pago futuro no será una condición a su decisión con respecto a la recepción de comunicaciones de recaudación de fondos.

### ***Esfuerzos de Socorro en Casos de Desastre***

Como parte de un esfuerzo de socorro en caso de desastre, podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia que ayude en el esfuerzo de ayuda para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación. Usted puede tener la oportunidad de objetar, a menos que esto impida nuestra capacidad de responder a circunstancias de emergencia.

### ***Forenses, Examinadores Médicos y Directores Funerarios***

Podemos divulgar información de salud compatible con la ley aplicable a los forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para ayudarlos a cumplir con sus funciones.

### ***Investigación***

En determinadas circunstancias limitadas, podemos utilizar y divulgar sus datos sanitarios protegidos con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que reciben un medicamento con los que reciben otro para la misma afección.. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Antes de que utilicemos o divulguemos información

sanitaria protegida para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación de la investigación.

### ***Informes requeridos por la ley***

Divulgaremos sus datos sanitarios protegidos cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, divulgaremos información cuando la ley nos obligue a facilitar información a organismos públicos o a las fuerzas del orden sobre víctimas de malos tratos, abandono o violencia doméstica; cuando se trate de heridas de bala o de otro tipo; para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos; o para notificar la retirada de productos del mercado.

### ***Actividades de Salud Pública***

Podemos divulgar su información médica protegida para actividades de salud pública. Por ejemplo, informamos sobre nacimientos, muertes y diversas enfermedades a los funcionarios gubernamentales encargados de recopilar esa información.

### ***Actividades de supervisión de la salud***

Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, etc. y la licencia. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### ***Donación de órganos y tejidos***

Si usted es donante de órganos, podemos notificar a las organizaciones de obtención de órganos para ayudarles en la donación y los trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

### ***Indemnización Laboral***

Podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### ***Militares, Veteranos, Seguridad Nacional y Otros Propósitos Gubernamentales***

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica a las autoridades de mando militar o al Departamento de Asuntos de Veteranos si nos exigen hacerlo. También podemos divulgar información médica protegida para ciertos propósitos de seguridad nacional y al Servicio Secreto para proteger al presidente.

### ***Instituciones penitenciarias***

Si usted está o se convierte en un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta divulgación puede ser necesaria para que la institución (i) le brinde atención médica; (ii) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (iii) para la seguridad de la institución correccional.

### ***Participación en Redes de Información en Salud***

Participamos en la Colorado Regional Health Information Organization (CORHIO) y/o Quality Health Network (QHN), CommonWell y Carequality Health Information Exchanges, que son redes informáticas seguras que proporcionan formas seguras y eficientes de compartir información sanitaria protegida con otros proveedores sanitarios. Por ejemplo, si necesita atención médica de urgencia mientras está de viaje, los proveedores de otros centros sanitarios de Colorado podrían tener acceso a sus datos sanitarios protegidos para ayudarles a atenderle. Al participar en estas redes y otros intercambios electrónicos de información, tenemos la intención de proporcionar información oportuna a los proveedores de atención médica involucrados en su cuidado. Si no desea que su información se comparta a través de estas redes, puede "optar por no participar" poniéndose en contacto con la persona indicada en la sección V a continuación. Se trata de una opción de "todo o nada", ya que los intercambios de información sanitaria no pueden bloquear el acceso a algunos tipos de información sanitaria protegida y, al mismo tiempo, permitir el acceso a otra información sanitaria protegida. La exclusión voluntaria de CORHIO y/o QHN puede limitar la capacidad de sus proveedores de atención sanitaria para proporcionarle la atención más eficaz.

### **Usos y Divulgaciones Que Requieren Su Permiso**

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida no cubiertos por este Aviso se harán solo con su permiso por escrito. Si nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica protegida sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica protegida sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito, pero no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base al permiso que nos dio antes. Si desea revocar su permiso, póngase en contacto con la persona que figura en la Sección V de este Aviso.

### ***Actividades de comercialización***

No usaremos ni divulgaremos su PHI para venderle productos o servicios de un tercero a menos que usted proporcione su permiso. Podemos sugerirle productos o servicios durante nuestras comunicaciones cara a cara.

### ***Venta de PHI***

No venderemos su PHI (Información de Salud Personal) a terceros sin su permiso.

### **Información de Salud Protegida Que Tiene Protección Especial**

#### ***Notas de psicoterapia***

Las notas de psicoterapia son las notas personales de los psicoterapeutas. Debemos obtener su permiso para usar o divulgar notas de psicoterapia, excepto bajo circunstancias limitadas.

#### ***Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas***

El uso y divulgación de cualquier información médica protegida sobre usted relativa a los programas de tratamiento contra el abuso de alcohol o drogas, está protegida por la ley federal. Generalmente, no revelaremos ninguna información que lo identifique como receptor de tratamiento de abuso de alcohol o drogas a menos que: (i) haya consentido por escrito; (ii) recibimos una orden judicial que requiere la divulgación; (iii) la divulgación se haga al personal

médico en caso de emergencia médica o al personal cualificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa; o iv) la divulgación está obligada a denunciar el abuso o abandono de menores.

### ***Información Sobre el VIH/SIDA***

El uso y divulgación de cualquier información de salud protegida sobre usted en relación con la prueba de VIH, estado de VIH o SIDA, está protegido por la ley federal y estatal. Por lo general, necesitaremos su permiso para divulgar esta información; sin embargo, la ley estatal puede permitir la divulgación de información con fines de salud pública.

### ***Menores***

Como regla general, divulgamos la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre los menores a sus padres o tutores legales. Sin embargo, en casos en los que la ley estatal permita que los menores otorguen su propio consentimiento para recibir tratamiento sin el consentimiento de los padres (como en el caso de las pruebas de VIH), no divulgaremos esa información a los padres del menor sin el permiso del propio menor, a menos que la ley estatal lo permita de manera específica.

### **III. Sus Derechos Con Respecto a Su información Médica Protegida**

La siguiente sección describe sus derechos con respecto a su información médica protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

#### ***El Derecho a Inspeccionar y Obtener Una Copia de Su Información Médica Protegida***

Tiene el derecho de ver y recibir una copia en papel o electrónica de la información de salud protegida mantenida por nosotros que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. (La ley nos exige conservar el registro original). Por lo general, esto incluye sus registros médicos y/o dentales y registros de facturación. Para inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud protegida, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Departamento de Gestión de Información de Salud/Expedientes Médicos, 2333 North 6th Street, Grand Junction, CO 81501. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en nuestros costos.

#### ***El Derecho a Enmendar***

Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos información que falta. Para solicitar una enmienda, usted debe hacer la solicitud por escrito junto con su razón para la solicitud a la persona que se indica en la Sección V a continuación.

#### ***El Derecho a Una Lista de Divulgaciones***

Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. Para solicitar esta lista o contabilidad de las divulgaciones, debe presentar una solicitud por escrito indicando un período de tiempo, que no puede ser superior a seis años, a la persona mencionada en la Sección V a continuación. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales durante el mismo año, es posible que le cobremos los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos del costo involucrado y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.



***El Derecho a Solicitar Restricciones Sobre Cómo Usamos y Divulgamos Su Información Médica Protegida***

Puede pedirnos que no utilicemos o divulguemos su información médica protegida por una razón particular relacionada con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aceptar una restricción solicitada, excepto en la siguiente situación: Si ha pagado por los servicios de su bolsillo en su totalidad, puede solicitar que no revelemos información relacionada únicamente con esos servicios a su plan de salud. Estamos obligados a cumplir con dicha solicitud, excepto cuando la ley nos obligue a hacer la divulgación. Para solicitar restricciones sobre el uso o divulgación de su PHI, puede hacerlo en el momento en que se registre para recibir servicios o poniéndose en contacto con la persona que se indica en la Sección V a continuación.

***El Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales***

You have the right to ask that protected health information about you be communicated to you in an alternate confidential manner, such as asking that appointment reminders not be left on an answering machine, that mail be sent to an alternate address, or that notices or reminders be sent by e-mail instead of regular mail. We will agree to all reasonable requests so long as we can easily provide it in the format you request. To request protected health information be sent to an alternative address or by other means, please contact the person listed in Section V below in writing, or in a clinic setting, please contact the practice manager.

***The Right to a Paper Copy of This Notice***

El derecho a una copia en papel de este Aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento. Las copias impresas están disponibles en nuestros lugares de registro y en nuestro Departamento de HIM. También puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web en MarillacHealth.org.

**IV. Quejas**

Si cree que podemos haber violado sus derechos con respecto a su información médica protegida, puede presentar una queja por escrito con la persona que se indica en la Sección V a continuación. También puede iniciar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Más información sobre este proceso de queja está disponible en <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>. No será penalizado por presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad. No se le pedirá que renuncie a este derecho como condición de tratamiento.

**V. Persona a Contactar Para Obtener Información Sobre Este Aviso o Para Quejarse Sobre Nuestras Prácticas de Privacidad**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al 970-200-1600. Las quejas formales deben presentarse por escrito. Los formularios de queja están disponibles en todas las áreas de registro o en el Departamento de Gestión de Información de Salud. Las quejas deben enviarse al Oficial de Privacidad a la siguiente dirección: 2333 North 6th Street, Grand Junction, CO 81501, o por fax al 970-200-1611.



### VI. Cambios

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado para la información médica protegida que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Antes de realizar un cambio importante en nuestras políticas, cambiaremos rápidamente este Aviso y publicaremos un nuevo Aviso en nuestras áreas de registro. El Aviso contendrá la fecha de vigencia. También puede solicitar una copia de este Aviso a la persona de contacto que figura en la Sección V anterior en cualquier momento o puede ver una copia actual del Aviso en nuestro sitio web en [www.marillachealth.org](http://www.marillachealth.org).

### VII. Colaboración OCHIN

MarillacHealth es parte de un acuerdo organizado de atención médica que incluye a los participantes en OCHIN. La lista actual de participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como asociado comercial de MarillacHealth, OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados a MarillacHealth y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registros médicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de las derivaciones internas y externas de pacientes. Su información personal de salud puede ser compartida por MarillacHealth con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de las operaciones de atención médica del acuerdo organizado de atención médica. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, la geocodificación de su ubicación de residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información personal de salud puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información detallada en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de acuerdo con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable, según enmienda de vez en cuando. Tiene el derecho de cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, la información puede haber sido proporcionada según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información..

### VIII. Reconocimiento

Se le pedirá que firme un acuse de recibo de este Aviso de Prácticas de Privacidad. La ley nos obliga a hacer un esfuerzo de buena fe para proporcionarle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y obtener un reconocimiento de usted que lo recibió. Su atención y tratamiento en nuestras instalaciones no depende de firmar el reconocimiento.