



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE (LETRA DE IMPRENTA)

Fecha de Hoy:		Numero de Seguro Social:		
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Teléfono de Casa: ()	
Dirección:			Teléfono de Celular: ()	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono del Trabajo: ()	
Correo Electrónico:			Fecha de Nacimiento	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Si menor de 18 años, Nombre de Padre/Guardián:			Numero de Teléfono del Padre: ()	

CONTACTO DE EMERGENCIA [EN CASO DE EMERGENCIA, LA PERSONA QUE PODEMOS CONTACTAR]

Primer Nombre y Apellido: _____
Número de Teléfono: _____
RELACION CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____

DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE (CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS)

Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Lengua Nativa: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Lenguas Eslavas <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros Africano <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latina(o) <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latina(o) <input type="checkbox"/> Prefiero No Reportar		
¿Es Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Trabajador Temporal en el Area? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Situación Actual de Vivienda? <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Viviendo con Familia <input type="checkbox"/> Viviendo con Amigos <input type="checkbox"/> Alberga/Refugio <input type="checkbox"/> Hogar de Transición <input type="checkbox"/> Viviendo en un Auto <input type="checkbox"/> Viviendo en la Calle <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Estado Civil? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
¿Tiene Empleo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Nombre del Empleador?: _____	

INFORMACION DEL SEGURO [SI NO TIENE SEGURO, OMITA ESTA SECCION]

Nombre del Seguro: _____ _____	Número de ID del Seguro: _____ Numero del Grupo: _____	Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____
¿Cómo se entero acerca de nuestro Centro de Salud: <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Hospital Novant <input type="checkbox"/> Hospital Sentara <input type="checkbox"/> CSB <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Organización Local <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Modificada: 10/01/2017



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Todos los pacientes se les pide a leer, inicial y cumplir con las políticas del Centro a continuación.
Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas, por favor pida hablar con nuestro Gerente de la Oficina.

Aviso de Practicas de Privacidad del Paciente

Entiendo que como un paciente de Greater Prince William Community Health Center toda la información recabada será confidencial en virtud de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996. Yo reconozco que he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad del Centro.

Iniciales Del Paciente: _____

Las expectativas de citas:

Favor de llegar 15 minutos antes de su cita para registrarse . Todos los pagos se esperan en el momento del servicio. Avise a algun miembro del personal de cualquier cambio en su información para asegurarnos de que tenemos la información más actualizada en su cuenta. Asegúrese de que usted proporcione en el momento de la visita identificación apropiada , documentaciones requeridas , y tarjetas de seguro (si las hay) . Los menores de edad deben estar acompañados por un adulto en todo momento.

Iniciales Del Paciente: _____

Confirmación de Citas

Si el Centro no pudo confirmar su cita programada (ya sea con un mensaje de voz dejado en su teléfono o de la confirmación real con paciente) **entre 24 horas, su cita será cancelada.** Haremos todo lo posible para volver a programar la cita para una hora más tarde el mismo día o otro día dependiendo de la disponibilidad del proveedor.

Iniciales Del Paciente: _____

Llegada Tarde

Los pacientes **que lleguen** a la recepción **más de 10 minutos después de su cita programada**, no se verán en esa cita. Haremos todo lo posible para volver a programar la cita para una hora más tarde **el mismo día o otro día dependiendo de la disponibilidad del proveedor.**

Iniciales Del Paciente: _____

Póliza de Cancelació

Los Pacientes que tienen que cancelar o reprogramar una cita puede hacerlo llamando al Centro al 703-680-7950. **Cancelaciones requiere 24 horas previo aviso.** Los mensajes de voz dejados 24 horas de anticipación serán suficientes como notificación al Centro. Si no se cancela una cita dará lugar a un **“no show”** de entrada en su registro. **Cuando acumula dos veces que no se presenta, será anotado en su expediente, y será necesario que todas las citas en el futuro sea del mismo dia.** Pacientes enfermos se verán en orden de llegada sin cita de 8:00am – 10:00am.

Iniciales Del Paciente: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Consentimiento para el Tratamiento

Al firmar abajo, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a los proveedores de Centro y su personal para llevar a cabo cualquier exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos, así como proporcionar algún medicamento, tratamiento o terapia necesaria para evaluar la eficacia y mantener mi salud, para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que, con exclusión de las emergencias o circunstancias extraordinarias, es la responsabilidad de los proveedores de atención de salud para que me explique, el tratamiento y las razones de cualquier particular, de diagnóstico examen, prueba o procedimiento, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y las cargas y los beneficios previstos asociado a estas opciones, así como cursos alternativos de tratamiento.

Derecho a rechazar tratamiento: Al dar mi consentimiento general al tratamiento, entiendo que conservo el derecho de rechazar cualquier particular, examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicación recomendada o se considere necesario por razones médicas por mi persona el tratamiento de los proveedores de atención de la salud. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantías he hecho a mí como a los resultados de mi evaluación y / o tratamiento.

Firma: _____
Firma del Paciente/Padre o Guardián Fecha

Pruebas de VIH, Hepatitis B y C

En el caso de que el personal del Centro se ponga en contacto con los fluidos del cuerpo mío o mis hijos, doy consentimiento para la prueba del VIH, Hepatitis B y C.

Firma: _____
Firma del Paciente/Padre o Guardián Fecha



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DEL MENOR

Yo doy consentimiento para que _____ Obtenga servicios (médicos, dentales, terapia mental)
(nombre de la persona acompañando al niño(a)/s)

De parte de mi hijo(a) _____ con uno de los médicos proveedores del Centro.
(Nombre del niño/a)

Este consentimiento es válido entre las fechas de _____ hasta _____
(fecha) (fecha)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en caso de que se la acción autorizada se haya realizado. Entiendo que esta Autorización de Tratamiento le autoriza a este individuo acceso completo a el expediente médico de mi hijo(a).

_____ Visita de enfermedad

_____ Servicio de Emergencia

_____ Vacunas

_____ Tratado Preventivo

_____ Examen Dental, Rayos-X
o Limpieza

_____ Extracción Dental

_____ Servicios de Salud Mental

Entiendo que uno de los padres necesita estar presente en la primera visita en el centro, independientemente de la razón por la cual sea la visita.

Si el proveedor determina que la persona autorizada es incapaz de proporcionar la información suficiente durante la visita, el proveedor tiene el derecho de parar la cita, y reprogramarla de manera que el padre/madre este presente.

CONTACTO DE INFORMACION: Dada la necesidad de que el proveedor desee hablar con los padres directamente:

Numero Telefonico: Madre: _____ Padre: _____

Proporcione el número, la descripción y la fecha de vencimiento del documento de identificación que la persona autorizada usará como para ser identificada.

_____ (Numero) _____ (Descripcion) _____ (Fecha de expiracion)

EJEMPLO:

_____ 12345 _____ Licencia de conducir _____ 01-31-2017
(Numero) (Description) (Fecha de expiracion)

_____ (Nombre del Padre de familia o guardian legal) _____ (Firma) _____ (Fecha)

Modificada: 10/01/2017



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

PERMISO PARA DIVULGAR EL INTERCAMBIO DE INFORMACION

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

El Centro crea y recibe los registros confidenciales con respecto a su salud, mientras bajo nuestro cuidado. El Centro no publica sus archivos confidenciales a cualquier individuo u organización (incluyendo miembros de la familia), sin su autorización por escrito. Esta política incluye el consentimiento por escrito para que lo remita a un especialista fuera de nuestro Centro.

- Doy mi consentimiento para la publicación y el intercambio de archivos confidenciales a todas las personas y organizaciones que lo soliciten.
- Doy permiso al proveedor para ver mi historial de medicamentos para fuentes externas.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de documentos confidenciales a las personas citadas y de las siguientes organizaciones : _____

Firma: _____

Firma del Paciente/Padre o Guardián

Fecha

Ley Federal requiere que obtengamos su permiso para contactarnos con usted por teléfono o dejar mensajes.

Por favor revise las siguientes declaraciones y marque la opción adecuada. Este formulario se mantendrá en su archivo. Si desea revocar este permiso, se requiere la solicitud de ser por escrito.

- Puedo o NO Puedo ser llamado al teléfono de casa / celular.
- Puedo o NO Puedo ser llamado en el trabajo.
- Puedo o NO Puedo recibir un correo electrónico.

Los Empleados de El Centro Puede o NO Pueden dejar mensajes al teléfono de casa / celular.

Los Empleados de El Centro Puede o NO Pueden dejar mensajes al teléfono de trabajo.

Los Empleados de El Centro Puede o NO Pueden discutir de mi cuenta de facturación con mi cónyuge, un familiar, o pareja. Autorizo solo a las personas mencionadas : _____

Los Empleados de El Centro Puede o NO Pueden discutir de mis resultados médicos con mi cónyuge , un familiar, o pareja. Autorizo solo a las personas mencionadas : _____

Firma: _____

Firma del Paciente/Padre o Guardián

Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Consentimiento del Portal del Paciente

El Centro les pide que lean y firmen este formulario de permiso para obtener acceso a sus archivos personales de salud mediante nuestro sitio de web, por el Portal del Paciente. El Centro provee este Portal del Paciente para el uso exclusivo de pacientes ya establecidos, con el fin de mejorar las comunicaciones entre el paciente y el proveedor(a). Todos los que usan este portal, deben de ser establecidos por medio de una cita previa.

Nos esforzamos para mantener toda la información en sus archivos, correctos y completos. Si usted ve que parte de su archivo esta incorrecto, usted queda de acuerdo de notificarnos inmediatamente. Además, al usar este portal, usted queda de acuerdo de no proveer información falsa o información engañosa. La información en este sitio es mantenida por el Centro en la 4379 Ridgewood Center Drive, Suite 102, Woodbridge, Virginia 22192. Para preguntas sobre este sitio, usted puede contactarnos al 703-680-7950. Nosotros proveemos información limitada en el internet sobre su cuidado de salud, referente a la revisión de resultados de laboratorio, medicamentos, pedido de rellenos de recetas, y envío de mensajes a nuestro personal. **El Centro no provee servicios de emergencia a los usuarios a través del Portal del Paciente en el sitio de web. Si usted siente que tiene una emergencia u otro asunto urgente, debería ir a la Sala de Emergencias local.** Para pacientes ya establecidos, tenemos doctores de turno por la noche y los fines de semana que pueden ser contactados llamando a nuestra oficina durante las horas que estamos cerrados.

El Centro les informa que:

- Toda comunicación por internet con nuestro personal es grabada en su archivo médico.
- Miembros de nuestro personal, aparte de su proveedor(a), podrán recibir sus mensajes y enviarlos al doctora(a), enfermera o a la administración, de ser necesario.
- Nuestras horas de operación son de 8:00am-4:30pm los Martes, Jueves y Viernes, y los Lunes y Miercoles de 8:00am-7:00pm. Les invitamos a usar el sitio de web a cualquier hora. Sin embargo, los mensajes seran guardados hasta que regresemos el proximo día hábil. Mensajes normalmente son respondidos entre 1-2 días hábiles. Si usted no recibe respuesta en dos días hábiles, por favor llame a nuestra oficina usando el numero de arriba.
- Los tipos de transacciones disponibles en línea son: mensajeo a personal clinico de la oficina, la revisión de citas pendientes, listas de medicamentos, pedidos de rellenos para medicamentos, resultados de laboratorio, estado de cuenta de pacientes, historial médico y actualización de información de contacto.

Yo reconozco que leí y entendí completamente toda la información en este formulario y los riesgos asociados con las comunicaciones por internet, entre mi proveedor(a) y yo y doy permiso a las condiciones detalladas en ésta. Este formulario se aplica a todo los familiares que son establecidos como pacientes del Centro. Este permiso se mantendrá vigente hasta que el paciente lo cancele (Solamente en Woodbridge y Manassas).

Firma del Paciente [En nombre de la familia] _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

El pago se espera en el momento del servicio. El pago puede hacerse en efectivo o tarjeta de crédito. No se aceptan cheques. Cualquier cargo, deducible, coseguro o copago se paga al momento del servicio.

RESPONSABILIDAD DE PAGO: El suscrito asume la responsabilidad de cumplir con el pago de la cuenta de acuerdo con las tarifas y los términos del Centro, si firmó como paciente o garante, sea con **seguro o sin seguro.** Como el suscrito yo entiendo que (a) mi seguro, si lo hay, es un contrato entre mi persona y la compañía de seguros, excepto en ciertos casos en los que La Clinica tiene, un contrato específico con mi PPO, HMO u otro pagador de terceros. El Centro no determina ni explica si los servicios seran cubiertos por mi seguro, eso es entre el seguro y yo; (b) . Entiendo, además, que el saldo restante , después de seguros aprueba o niega el pago; será mi responsabilidad de pagar; si la compania de seguro niega un reclamo de algun servicio for cualquier motive, ya sea en el momento del servicio o despues de recibir servicio, yo asumo total responsabilidad del pago de acuerdo con terminus y tarifas estandar del Centro; (c) si yo no estoy con la capacidad de pagar las tarifas estandar por los servicios proporcionados, ya sea con seguro o sin siguro, Yo puedo aplicar al programa de Escala de Descuento del Centro.

En el caso de que los cargos no seran pagados en su totalidad cuando se instituyó la actividad debida y recogida, ya sea por una agencia de cobros o un abogado (o ambos), me comprometo a ser responsable y pagar, además de los cargos por los servicios y el trato recibido, todos los costos asociados razonable con dicha actividad de recogida, incluyendo, pero no limitado, a gastos de cobranza razonables, honorarios de abogados, vava trazando los costos y gastos de la corte .

Por la presente autorizo la Clinica para liberar toda la información médica a todos mis compañías de seguros, otros pagadores terceros, incluyendo Medicare o sus agentes, o de la Administración del Seguro Social, como puede ser requerido o solicitado para el procesamiento de las reclamaciones de seguros, la seguridad social, discapacidad o compensación u otro seguro fines del trabajador.

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR LOS BENEFICIOS DE SEGUROS

Por la presente autorizo el pago de cualquier seguro u otros beneficios médicos directamente al Centro de Salud de Comunidad de Greater Prince William. Los suscritos tras haber leído y comprendido el acuerdo, acepta este acuerdo la responsabilidad financiera.

Firma: _____
Firma del Paciente/Padre o Guardián Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

PACIENTE NO ELEGIBLE PARA DESCUENTO

Con el fin de determinar la elegibilidad del paciente para el Programa de Escala de Descuentos (PED), el Centro requiere por las normas del Gobierno Federal de solicitar información personal y documentación para validar el tamaño actual de la familia y el ingreso bruto.

Si el paciente (a) no califica para el PED basado en los datos personales y la documentación aportada, o (b) decida no aplicar para que el PED, **el paciente es responsable por el 100% de los costos financieros de los servicios de salud recibidos** en el Centro, incluyendo, y no limitado a visitas de oficina, procedimientos médicos, exámenes médicos, y/o servicios de laboratorio.

Mediante la firma de este acuerdo, usted confirma y entiende (a) si aplica para el PED, pero no califican para un descuento basado en la información personal y documentación proporcionada, o (b) usted rechaza aplicar para el PED.

Para recibir atención médica hoy, **usted se compromete a pagar una cuota inicial de \$120** y entiende que la cuota inicial puede cubrir solamente una porción del total de los servicios de salud recibidos.

Usted acepta y se hace responsable de los cargos que sobrepasen la cuota inicial de \$120 a ser facturados directamente a usted, el paciente y pagada por usted, el paciente. Si los cargos fuesen menos de \$120, la diferencia será reflejada como un crédito en su cuenta.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento y solicitar el PED, sin embargo, si decide solicita el programa y califica para un descuento, **el descuento no es retroactivo.**

Imprimir nombre

Fecha de hoy

Firma



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre de el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

MEDICAMENTOS

Por favor liste todos los medicamentos que está tomando:

Medicamento	Dosis	Ruta	Frecuencia

ALERGIAS

Por favor liste todas las alergias

Alergias	Alergias	Alergias

Historial Medico Anterior

Tiene o a Tenido Antes:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohm
<input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Neumonia	<input type="checkbox"/> Colitis
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Coto	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Cancer (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Ataque	<input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal o Peptica
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Problemas en el Corazon	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

HISTORIA FAMILIAR

Por favor liste su historia familiar:

	Si vive	Si Vive	Si Fallecio	Si Fallecio
	Edad (es)	Salud y Psiquiatría	Edad de Fallecimiento	Causa
Padre				
Madre				
Hermanos/Hermanas				
Hijos				

Historia Social

Usted Usa?

Tobacco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Drogas Recreativas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estado Civil:	Ocupación:	

Imprimir nombre

Fecha de hoy

Firma



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

AVISCO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACION. FAVOR DE REVISARLA DILIGENTEMENTE.

Propósito

Greater Prince William Community Health Center, ("GPWCHC"), y su personal profesional, empleados, voluntarios y personal medico se adhieren a las practicas de privacidad que se describen en este Aviso. Este Aviso, el cual fue preparado para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), describe en general las diferentes maneras en que su información medica protegida ("IMP") puede ser utilizada y divulgada para que GPWCHC pueda proporcionarle a usted tratamiento medico, para que pueda cobrar el pago por los servicios que usted recibió por parte de GPWCHC, y para facilitar las operaciones de GPWCHC para la atención a la salud. HIPAA define la IMP como la información medica personal que se encuentra en sus expedientes medico y de cobranzas que están relacionados con sus condiciones de salud física o mental actuales o pasadas o las provisiones de pago para los servicios obtenidos relacionados con dichas condiciones de salud. Durante el curso de tratamiento, las actividades de operaciones de pago o de atención a la salud, lo cual puede incluir información creada o recibida por los profesionales de la salud, empresas de seguros y/o su empleador.

Sus derechos de información sobre la salud

Usted cuenta con los siguientes derechos con respecto a la información sobre su salud. Para poder hacer valer cualquiera de los derechos que a continuación se definen, usted debe presentar una solicitud por escrito. Los formularios están disponibles en nuestro sitio en Internet, <http://www.gpwchc.org>, o llamando a la Oficina de Privacidad de GPWCHC al teléfono (703).680.7950 (ext. 3107).

- **Derecho a recibir una copia de este aviso.** Usted puede obtener una copia en papel de este aviso en cualquier momento. incluso si se le ha proporcionado una copia electrónica. Para obtener una copia de este Aviso usted no tendrá que presentar una solicitud por escrito. Las copias de este Aviso en papel pueden obtenerse el mostrador de registro. Usted puede obtener una copia electrónica de este aviso en nuestro sitio de Internet: <http://www.gpwchc.org>.
- **Inspeccionar y copiar.** Usted puede inspeccionar y/o recibir una copia de la IMP que de usted mantiene GPWCHC. Es posible GPWCHC le cobre una cuota razonable por copiar su información.
- **Solicitar restricción.** Usted puede solicitar que haya limites a la manera en que GPWCHC utiliza o divulga su IMP. GPWCHC no esta obligado a acceder a su solicitud. Si GPWCHC accede a su solicitud, GPWCHC cumplirá con su solicitud a menos que sea necesaria la divulgación o el uso para poder proporcionarle tratamiento de emergencia o si así lo indica la ley.
- **Solicitar una enmienda.** Si usted piensa que la IMP que se mantiene de usted en GPWCHC esta incompleta o incorrecta, puede solicitar que se haga una enmienda a su Información. GPWCHC no esta obligado a acordar con su solicitud de enmienda. Usted tiene que pedir una enmienda por escrito. Cualquier solicitud que no sea por escrito, puede ser negada si usted no proporciona la razón por la enmienda adicionalmente.
- **Recibir comunicaciones confidenciales.** Usted puede solicitar que las comunicaciones de GPWCHC relacionada con su IMP le sean proporcionadas de determinada manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, es posible que usted prefiera recibir correspondencia sobre su PMI en un domicilio diferente a su domicilio normal para correspondencia. Usted deberá especificar como y en donde desea ser contactado(a).
- **Reporte de divulgaciones.** Usted puede solicitar una lista de divulgaciones realizadas por GPWCHC de su IMP a personas o entidades para propósitos que no sean tratamiento, pagos u operaciones, o de acuerdo con su autorización específica. Esta lista incluirá cada divulgación que GPWCHC haya efectuado durante los ultimas seis (6) años, mas no antes del 14 de abril de 2003. Si usted presenta mas de una solicitud en un periodo de 12 meses, es posible que GPWCHC le cobre una cuota razonable para cubrir el costo.

Responsabilidades de GPWCHC

La ley obliga a GPWCHC a asegurar la privacidad de su IMP, de acuerdo con leyes federales y estatales, y a proporcionarle a usted un aviso sobre las obligaciones legales y las practicas de privacidad con relacion a su IMP. GPWCHC debe adherirse a las condiciones de este aviso mientras el mismo se encuentre en efecto. Si GPWCHC enmienda este Aviso, GPWCHC seguirá las condiciones del Aviso enmendado mientras se encuentre vigente.

Modificada: 10/01/2017



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Uso y divulgación de su IMP

A continuación presentamos una lista de las diferentes maneras en que GPWCHC puede utilizar y divulgar su IMP. No se ha podido incluir cada uso o divulgación posible en cada sección. Sin embargo, todas las formas en las que GPWCHC tiene permitido utilizar o divulgar su PMI entran en alguna de las secciones que aparecen en letra sombreada.

- **Tratamiento.** GPWCHC podrá utilizar su IMP para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. GPWCHC podrá divulgar su IMP a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y otros miembros de su equipo de atención a la salud en GPWCHC para mantenerles informados sobre el estado de su condición o sus cuidados conforme sea necesario. Por ejemplo si un medico lo esta tratando para diabetes, es posible que necesite decirle a la dietista que usted tiene diabetes para que reciba las alimentos adecuados. GPWCHC también podrá divulgar su PMI a personas fuera de GPWCHC que puedan estar involucradas en su atención medica, tales como proveedores de salud que lo estarán atendiendo después de su hospitalización, organizaciones de terapia física, proveedores de equipo medico o laboratorios.
- **Pago.** GPWCHC podrá utilizar o divulgar su IMP para obtener pago por parte de su empresa de seguros o de terceros. Por ejemplo, es posible que GPWCHC tenga que proporcionar información sobre el tratamiento que recibió usted para una infección de oídos para que su seguro de salud nos pague o le reembolse a usted. GPWCHC también podrá divulgar su IMP para a otros proveedores de atención a la salud a obtener pago de su empresa de seguros o de terceras personas.
- **Operaciones de atención a la salud.** GPWCHC podrá utilizar y divulgar su información medica privada para operaciones de rutina de atención a la salud. Las operaciones de atención a la salud de GPWCHC incluyen, pero no se limitan a, revisar la calidad de lo proporcionado por profesionales de la salud; obtener seguro de gastos médicos o seguro de responsabilidad del empleador; realizar servicios legales y de auditoria; llevar a cabo actividades de planeación y desarrollo de negocios; actividades de manejo de riesgo e investigaciones; y manejo del negocio y actividades administrativas en general de GPWCHC. GPWCHC también podrá divulgar su IMP a sus otros proveedores de atención a la salud para ayudarles en sus operaciones de atención a la salud.
- **Citas y alternativas.** GPWCHC podrá utilizar y divulgar su información medica para ponerse en contacto con usted para recordatorios de citas, recordatorios de surtido de medicinas, para información sobre manejo de las enfermedades o programas de bienestar, y otro tipo de comunicación relacionada con el manejo de su caso o la coordinación de los cuidados de su salud.
- **Asociados comerciales.** GPWCHC podrá divulgar su IMP a los asociados comerciales de GPWCHC con el fin de poder llevar a cabo el tratamiento, los pagos y otras operaciones de atención a la salud.
- **Médicos forenses, investigadores y directores de funerales.** GPWCHC podrá divulgar IMP a un investigador o medico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte, o si de otra manera lo permite la ley. GPWCHC podrá también divulgar IMP de pacientes de GPWCHC a directores de funerales conforme sea necesario para que cumplan con sus deberes.
- **Reformatorios o instituciones correccionales.** Si usted es recluso de una institución correccional, o si se encuentra bajo custodia de un oficial de la ley, GPWCHC podrá divulgar su IMP a la institución correccional o al oficial de la ley. Para proveerle a usted con atención a la salud, para proteger su salud y su seguridad, o la salud y la seguridad de otros, o para la seguridad de la institución correccional o de oficiales de la ley.
- **Seguros de salud para grupos.** GPWCHC mantiene un seguro de salud para grupos para sus empleados, y podrá divulgar IMP de individuos cubiertos por este plan al patrocinador del seguro de salud para grupo, hasta donde lo permita la ley.
- **Actividades de descuido medico.** GPWCHC podrá divulgar su IMP a una agencia o entidad de descuido medico para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorias, investigaciones, inspecciones y licencias.
- **Beneficios y servicios relacionados con la salud.** GPWCHC podrá utilizar y divulgar información medica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle a usted. GPWCHC también podrá utilizar su IMP para otorgarle un regalo promocional de valor nominal.
- **Individuos que participan en sus cuidados o en los pagos para sus cuidados.** GPWCHC podrá divulgar su IMP a algún miembro de su familia, otros parientes o amigo personal que participe en su atención medica o a alguien que ayude a pagar por sus cuidados de salud, si la IMP es relevante a la participación de dicha persona en sus cuidados, a menos que usted nos indique lo contrario.
- **Aplicación de la Ley.** GPWCHC podrá divulgar su IMP para propósitos de aplicación de las leyes, tan como la ley lo requiere o en respuesta a un citatorio valido.
- **Demandas y disputas** . GPWCHC podrá divulgar su IMP coma respuesta a una orden judicial o administrativa. Además, GPWCHC podrá divulgar su IMP coma respuesta a un citatorio valido, una solicitud de descubrimiento legal o para otro proceso legal, siempre y cuando se hayan realizado reporte de nacimientos y muertes; reporte de abuso o negligencia infantil; reporte de reacciones a todos los



Greater Prince William Community Health Center

Your Home for a Healthy Family and a Healthy Community

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

esfuerzos para informarle a usted acerca de dicha solicitud para obtener una orden que proteja la información solicitada, tal como lo requiera la ley.

- **Actividades de salud pública.** Tal como lo requiera la ley, GPWCHC podrá divulgar su IMP para actividades de salud pública que incluyen, pero no se limitan a La prevención de enfermedades, lesiones o incapacidades, a medicamentos o problemas con productos; aviso de revocaciones; control de enfermedades infecciosas; aviso a autoridades gubernamentales sobre sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica. GPWCHC podrá divulgar porciones de su IMP a programas de registro local, estatal y/o federal como sea requerido.
- **Investigación.** GPWCHC podrá divulgar su IMP a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada legalmente y se hayan establecido los protocolos para asegurar la privacidad de su IMP.
- **Amenaza seria a la salud o a la seguridad.** GPWCHC podrá utilizar o divulgar su IMP cuando GPWCHC lo considere necesario para evitar una amenaza seria para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona.
- **Compensación de Obreros.** GPWCHC podrá divulgar su información médica protegida al programa de compensación de obreros o programas similares hasta el punto necesario para cumplir con las leyes relacionadas con compensación de obreros a programas similares.

Autorización por escrito

Excepto como arriba se describe, GPWCHC no utilizará ni divulgará su IMP a menos que usted autorice a GPWCHC por escrito a realizarlo, en la forma proporcionada por GPWCHC. Usted podrá revocar cualquier autorización anterior por escrito. Una revocación por escrito no aplicará a ningún uso o divulgación anterior de información protegida hecha de buena fe y bajo una autorización anterior. GPWCHC tiene una Forma de Autorización y una forma de Revocación de Autorización disponible en nuestro sitio de Internet, <http://www.gpwchc.org> o contactando a la oficina de Privacidad al teléfono (703) 680-7950 extensión 3107.

Cambios a este Aviso

GPWCHC se reserva el derecho de cambiar este Aviso y de hacer entrar en vigor el Aviso revisado para la IMP que GPWCHC, así como para la información que GPWCHC reciba en el futuro. Una copia del Aviso vigente, o un resumen del Aviso vigente se exhibirán a la vista en todos los sitios de servicio al paciente a través de GPWCHC, así como en nuestro sitio en internet www.gpwchc.org. La fecha de validez del aviso aparecerá en la primera página del Aviso o del resumen. Además, cada vez que usted se registre o sea internado en cualquier entidad de GPWCHC para recibir tratamiento o servicios de atención a la salud como paciente interno o externo, GPWCHC le proporcionará, a petición suya, una copia del Aviso actual vigente.

Reclamos

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, usted podrá presentar un reclamo con la Oficina de Privacidad de GPWCHC al (703) 680-7950 extensión 3107 con el Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. Usted no recibirá ninguna penalidad ni represalia de ninguna manera por presentar un reclamo a GPWCHC o al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos.

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso o de sus derechos de privacidad, o si desea obtener una forma para ejercer sus derechos como arriba se describe, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad de GPWCHC al teléfono (703) 680-7950 extensión 3107.