



**¿QUIERE QUE SU NIÑO RECIBA SELLADORES DENTALES Y FLUORURO GRATIS\*?**

*\*Estos servicios son gratis para los niños sin seguro médico. Si su niño tiene un seguro médico que cubre este tipo de servicio, nosotros enviaremos una factura al seguro médico con el costo del servicio. Esto seguirá siendo sin costo alguno para usted. Debido a que los seguros médicos pueden limitar la frecuencia con la que se cubren estos servicios, infórmele a su dentista sobre los servicios que su hijo recibe de nuestro equipo Happy Smiles.*

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

**FAVOR DE MARCAR SÍ O NO**



QUIERO que mi niño reciba una evaluación dental y que se le apliquen **SELLADOR** si es necesario. Entiendo que mi niño puede hacer que revisen sus selladores en el futuro para garantizar su calidad.



SI QUIERO que mi niño reciba una breve evaluación y se le aplique un tratamiento de **FLUORURO**.



NO QUIERO que mi niño reciba ninguno de estos servicios.

*La ley estatal requiere un historial médico básico de cada niño que reciba servicios. Favor de llenar este formulario y firmar abajo.*

**POR FAVOR,  
FIRME ABAJO.**



Fecha de nacimiento:    /    /	Grado:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Maestro:
Padre/Tutor:	
Mi niño está tomando los siguientes medicamentos:	
Mi niño es alérgico a:	
<b>Mi niño tiene:</b> <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o ha tenido una cirugía <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otro (indique):	
<input type="checkbox"/> Consideraciones relativas al comportamiento (describa): _____	
Mejor número de teléfono para contactarle durante el día:	

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MRN:	INS:	Date:
------	------	-------

Teacher:
Grade:

La Clinica es capaz de ayudar a nuestros pacientes a compensar el costo de los servicios de salud debido a la concesión de la ayuda del gobierno. Como resultado, estamos obligados a recopilar información sobre los ingresos y vivienda para cada uno de nuestros pacientes. Entendemos que la información que nos proporciona al igual que su información de salud es muy personal así que continuaremos protegiendo su confidencialidad.

La Clinica Centro de salud escolar provee cuidado médico primario y preventiva para estudiantes como acordado por sus socios: La Clinica, Asante Health System, Providence Medford Medical Center, Distrito Escolar de Medford 549C, Distrito Escolar de Central Point #6 y Distrito Escolar de Phoenix/Talent #4 (políticas disponibles bajo petición). Las proyecciones de salud dental a través de este programa es un breve examen visual y no tomar el lugar de un examen dental completo realizado por un dentista. La clínica proporciona estos servicios dentales a través de apoyo del fondo de Walker y las contribuciones de Salud Oral de Estados Unidos.

Nombre Completo del Paciente:			Fecha de Nacimiento:	Seguro Social:
Nombre de Padre/Tutor Legal:			Relacion al Paciente:	
Fecha de Nacimiento:			Domicilio:	
Domicilio:		Ciudad:	Codigo Postal:	
Telefono de Casa:	Telefono Celular:	Telefono del Trabajo:	Nombre de Empleador:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
Contacto de Emergencia/Numero de Telefono:			¿Podemos dejar información detallada en su contestador automático? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo califica para alimentos gratis o de precio reducido? Y/N			Núm. De personas en la familia: Ingreso anual:	
¿Cuándo fue la última vez que su hijo visito al dentista? (por favor circule uno) 0-6 meses    7-12meses    mas de 12 meses    nunca				
Nombre del Seguro Dental:		# de ID:	# del Grupo:	
Domicilio del seguro dental:		Nombre del asegurado/a principal:	Fecha de Nacimiento:	
¿Está usted y su familia viviendo en la casa de alguien más? (incluye dormir en un sofá) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				#3
¿En los últimos dos años, usted o alguien de su hogar ha vivido en alguno de los siguientes: cuidado de crianza, motel albergues, centro de rehabilitación, cárcel o casa hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				#2
¿En los últimos dos años, usted y su familia se han visto forzados a mudarse a una situación temporal debido al costo de la vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				#7
¿Está usted y su familia viviendo en uno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Campo <input type="checkbox"/> Albergue				#4
¿Usted y su familia actualmente tienen hogar pero en algún momento en los últimos 12 meses estuvieron sin hogar? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				#5
¿Usted y su familia viven en vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Usted o alguien en su hogar ha trabajado en cualquiera de las siguientes industrias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Reforestación/Plantación de árboles      Cultivos/Recolección      Viñedos      Empaques Fertilización/Trabajo de la tierra      Trabajo de granja      Huertas      Hidrocultura (Si marcó no, pase a la siguiente sección)				
1) ¿Trabajo en esa industria durante los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
2) ¿En algún momento su trabajo requirió que su familia se mudara? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
3) ¿Usted o algún miembro de su hogar alguna vez dejo de trabajar en esta industria debido a su edad o discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿El/La paciente esta Discapacitado/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Por favor, seleccione origen étnico del paciente: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		
Por favor, seleccione su raza: (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacifico				
* <b>Por Favor, complete esta forma en su totalidad. No se aceptaran formas incompletas.</b> *Si Usted tiene seguridad medica le facturaremos por servicios elegibles*				



**THE FOLLOWING PAGES ARE FOR YOUR INFORMATION.  
PLEASE KEEP FOR YOUR RECORDS AND RETURN ONLY  
THE TOP TWO PAGES TO YOUR CHILD'S SCHOOL.**

**THANK YOU!**

**YOUR HAPPY SMILES TEAM**

---

**LAS SIGUIENTES PÁGINAS SON PARA SU INFORMACIÓN.  
CONSÉRVELAS PARA SUS REGISTROS. DEVUELVA SOLO  
LAS DOS PÁGINAS DE ARRIBA A LA ESCUELA DE SU HIJO.**

**¡GRACIAS!**

**SU EQUIPO DE HAPPY SMILES**

## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: enero 1, 2021

### ESTE DOCUMENTO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y COMPARTIDA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

#### POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE

*Si tiene alguna pregunta en relación con este documento, por favor comuníquese con Tara Kirk, Directora de Operaciones de La Clínica, visitando su oficina ubicada en el 931 Chevy Way, Medford, OR 97504 o al teléfono (541) 535-6239*

#### QUIÉN DEBE SEGUIR ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de privacidad seguidas por nuestros empleados, y personal de la oficina.

#### EL PROPÓSITO DE ESTE AVISO

La Clínica se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de su información de salud creada o mantenida en nuestra práctica. La ley nos exige que le demos este aviso y que tengamos políticas y procedimientos para proteger la privacidad y confidencialidad de su información de salud. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar o divulgar su información y describir sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información.

#### CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para los siguientes propósitos:

- **Para Tratamiento.** Podemos utilizar la información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos, dentales, y de salud conductual (es decir, salud mental o uso de sustancias). Podemos divulgar la información sobre su salud a doctores, enfermeras, técnicos, personal de la oficina y otros empleados que estén involucrados en su atención médica. Las divulgaciones de Información Médica Protegida a otros proveedores de salud para tratamiento pueden ser hechas a través de la computadora u otros medios de comunicación.

Por ejemplo: su doctor puede estar atendiendo en relación con una enfermedad cardíaca y necesita saber si usted tiene algún otro problema de salud que pudiera complicar su tratamiento. Su doctor puede utilizar la información en su historial médico para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted. Su doctor puede también consultar con otro doctor sobre su enfermedad con el fin de determinar qué tratamiento es más apropiado para usted.

Algunos de los empleados en nuestra oficina pueden también compartir y divulgar información sobre usted con personas que no trabajen en nuestra clínica con el fin de coordinar su cuidado, como, por ejemplo: llamar a la farmacia para surtir sus medicamentos, programar citas para pruebas de laboratorio o radiografías. Otros proveedores de salud y miembros de su familia que estén involucrados en su atención médica pueden requerir información que tenemos sobre usted. Nosotros solicitaremos su permiso antes de compartir la información de salud con los miembros de su familia o amigos a menos que usted no pueda dar su permiso para tal divulgación si es que no está disponible o debido a su condición de salud. Nosotros solicitaremos su permiso en el momento que usted esté disponible o capacitado para conceder el permiso.

- **Para Pagos.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que usted reciba en esta oficina puedan ser facturados y obtener pago de usted, de una compañía de seguros o de otra fuente.

Por ejemplo: quizá tengamos que dar información a su seguro médico sobre un servicio que recibió en nuestros centros de salud para que su plan pague o le reembolse por el servicio. Podemos también ponernos en comunicación con su seguro médico para obtener aprobación previa a un tratamiento o para determinar si el plan cubrirá el tratamiento.

- **Operaciones del Cuidado de Salud.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud en el funcionamiento de nuestras oficinas y para asegurarnos que usted y nuestros otros pacientes reciben una atención de calidad.

Por ejemplo: podemos utilizar la información sobre su salud para evaluar el desempeño de nuestro personal a cargo de su cuidado. Podemos también utilizar su información, así como la de otros pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes, o para determinar la efectividad de nuevos tratamientos.

Podemos también compartir información sobre usted con su plan de salud y otros proveedores médicos que cuidan de usted. La información sobre su salud que compartimos con su seguro u otros proveedores puede ser con el propósito de ayudar a dicho plan o proveedor a mejorar su cuidado, reducir el costo, coordinar y manejar atención médica y servicios médicos, entrenar empleados y cumplir con la ley.

La Clínica es parte de un acuerdo del cuidado de la salud organizado que incluye a participantes en el Oregon Community Health Information Network (OCHIN), una cadena de información de salud comunitaria de Oregon. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como asociado de negocios con La Clínica, OCHIN suministra apoyo y otros servicios tecnológicos a La Clínica y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también está involucrado en la evaluación de la calidad y del mejoramiento de las actividades en beneficio de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina una revisión de actividades en representación de sus organizaciones participantes para establecer el alto nivel en las prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden ser derivados del uso de los sistemas electrónicos que provienen de los informes de salud. OCHIN también ayuda a sus participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de las remisiones internas y externas. La información sobre su salud puede ser compartida por La Clínica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para propósitos relacionados a las operaciones del cuidado de la salud según el acuerdo del cuidado de la salud organizado. Las operaciones de atención médica incluyen, entre otras cosas, geo-codificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibió.

La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información descrita en las Reglas de Privacidad. La información en la medida divulgada se difundirá conforme con las Reglas de privacidad más actuales y otras leyes aplicables. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, cualquier información que ya haya sido compartida no puede ser retirada. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

**Recordatorios de Citas.** Podemos contactarle para recordarle de su cita con nosotros.

**Alternativas de Tratamiento.** Podemos informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

**Productos y Servicios Relacionados con la Salud.** Podemos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Por favor díganos si no desea ser contactado para recordatorios de citas o si no desea recibir información acerca de alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si nos notifica **por escrito** (a la dirección proporcionada en la parte superior de este aviso) que usted no desea recibir dichas comunicaciones, nosotros no le contactaremos con dichos propósitos.

## **LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD**

Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud con los siguientes propósitos, de acuerdo con todos los requisitos y limitaciones legales que correspondan:

- **Evitar una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud cuando sea necesario prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otra persona o el público en general.
- **Cuando sea Requerido por la Ley.** Divulgaremos información sobre su salud cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.
- **Investigación.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso especial de aprobación. Le pediremos su consentimiento si el investigador pudiera tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad o que lo relacione por el cuidado que tiene en nuestro consultorio a menos que nuestra Junta Examinadora Institucional o Consejo de Privacidad (Institutional Review Board or Privacy Board) determine que su privacidad estará protegida como parte de la investigación, si usted es contactado. Nosotros le ofreceremos la opción de elegir cualquiera de las investigaciones relacionadas a estudios genéticos.
- **Donación de Órganos o Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información sobre su salud a organizaciones que coordinan los trasplantes de órganos, ojos o tejido o al banco de órganos según sea necesario para facilitar la donación o el trasplante.
- **Militares, Veteranos, Seguridad Nacional o de Inteligencia.** Puede que nos sea requerido por la autoridad militar o gubernamental compartir información sobre su salud si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas o ha formado parte de la seguridad o inteligencia nacional. Podemos también compartir información sobre personal militar del exterior a las autoridades militares correspondientes.

- **Compensación por Accidentes en el Trabajo.** Podemos compartir información sobre su salud a la agencia encargada de la compensación por accidentes en el trabajo (workers' compensation) o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos de Salud Pública.** Podemos revelar información sobre su salud por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o para reportar nacimientos, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas relacionados con productos.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** La ley requiere que los proveedores informen cualquier sospecha de abuso o negligencia de un niño menor de 18 años, una persona mayor o un adulto discapacitado y dependiente.
- **Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos transmitir información relacionada con su historial médico a agencias que supervisan la salud para la realización de auditorías, investigaciones, inspecciones o para la obtención de licencias. La divulgación de información puede ser requerida por ciertas agencias federales o estatales con el fin de realizar un seguimiento del sistema de salud, programas del gobierno y el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.
- **Disputas y Juicios.** Si usted está involucrado en un juicio o disputa legal, podemos compartir su información en respuesta a una orden judicial o administrativa. De acuerdo con todos los requerimientos legales, podemos también transmitir su información en respuesta a una citación del juzgado.
- **Agencias del Orden Público.** Podemos divulgar información sobre la salud según sea requerido por un oficial del orden público en respuesta a una citación, orden judicial o proceso similar, de acuerdo con los requerimientos legales correspondientes. Cualquier crimen cometido en cualquier sitio de La Clínica o contra cualquier miembro del personal de La Clínica será reportado a las autoridades. También se informarán las amenazas de tales delitos.
- **Juez de Instrucción, Director de Funeraria o Médico Forense.** Podemos compartir información sobre su salud con el juez de instrucción o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar las causas de un fallecimiento.
- **Funciones Especializadas del Gobierno.** Podemos divulgar la información de salud del paciente a las agencias gubernamentales con funciones especiales según lo requiera o permita la ley.
- **Información no Identificable.** Podemos utilizar y revelar información sobre su salud siempre y cuando no revele su identidad.
- **Familia y Amigos.** Podemos compartir información sobre su salud a miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de rechazar dicha divulgación y usted no presenta objeción. Podemos también compartir información con su familia o amigos según las circunstancias y basándonos en nuestro juicio profesional, que usted no tendrá objeción a dicha comunicación. Por ejemplo: podemos suponer que usted está de acuerdo con que compartamos información sobre su salud con su esposa cuando ella viene con usted al consultorio durante su tratamiento o ella está con usted mientras discutimos su tratamiento.

En situaciones donde usted no es capaz de dar su consentimiento (porque usted no está presente o debido a una incapacidad o emergencia médica) podemos, usando nuestro juicio profesional, determinar que el compartir información con un miembro de su familia o un amigo es para su beneficio. De ser así, compartiremos solamente la información que sea necesaria en ese momento. Por ejemplo: podemos comunicar a la persona que lo ha acompañado a la sala de emergencia que ha sufrido un ataque cardíaco y darle información sobre su progreso o su pronóstico. Nosotros solicitaremos su autorización para divulgar información acerca de su salud a los miembros de su familia y amigos tan pronto como usted esté disponible o capacitado para conceder el permiso. Podemos también utilizar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer deducciones razonables de que es para su beneficio el permitir que otra persona actúe de su parte para, por ejemplo, recoger medicamentos, suministros médicos o radiografías.

#### **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD**

No utilizaremos o compartiremos información sobre su salud con ningún otro propósito que no haya sido mencionado en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica por escrito.

Bajo algunas circunstancias, podemos necesitar su autorización específica por escrito para revelar ciertos tipos de información protegida especialmente, tal como VIH, abuso de sustancias, salud mental e información relativa a exámenes genéticos para propósitos tales como tratamiento, cobro y operaciones del cuidado de la salud.

## **SUS DERECHOS CON RELACIÓN A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

Usted tiene los siguientes derechos con relación a la información que mantenemos sobre su salud:

- **Derecho a Examinar y Obtener Copias.** Usted tiene el derecho a examinar y obtener copias de la información sobre su salud, tal como expedientes médicos y archivos de cobros que mantenemos y utilizamos para tomar decisiones sobre su cuidado. Usted debe presentar una petición por escrito al departamento de registros médicos (Medical Records Department) para poder examinar y/u obtener una copia de su expediente médico. No le cobraremos por inspeccionar o revisar la información sobre su salud si usted lo solicita.

Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos del copiado, gastos de envío y otros elementos asociados. Le haremos saber del costo relacionado con anticipación y usted puede desistir o modificar su petición antes de incurrir en esos costos. En lo que se refiere a un pedido modificado incluye un resumen de su expediente médico.

Usted tiene el derecho a requerir una copia electrónica de su expediente por medio de My Chart si es que mantenemos la totalidad o parte de su expediente electrónicamente. Solo tiene el derecho a pedir una copia de esa parte de su expediente médico que nosotros almacenamos en forma electrónica. Quizás se le cobre por crear una copia electrónica. Le notificaremos el costo adicional antes para que usted decida si desea retirar o modificar su petición.

Bajo ciertas circunstancias limitadas, podemos negar su petición para examinar y/u obtener copias de sus archivos. Si se le niega el acceso o las copias de su información, usted puede pedir que nuestra decisión sea revisada. Si la ley le da derecho a que nuestra decisión sea revisada, solicitaremos un profesional de salud autorizado para que revise su solicitud y nuestra denegación. La persona que esté a cargo de la revisión no será la persona que negó su petición y nosotros acataremos el resultado de dicha revisión.

- **Derecho a la Corrección.** Si usted cree que la información sobre su salud es incorrecta o incompleta, nos puede pedir que la corrijamos. Usted tiene derecho a pedir una corrección siempre y cuando la información se mantenga en esta oficina.

Para pedir una corrección, por favor complete y mande el formulario (Medical Record Amendment Form) a Tara Kirk, Directora de Operaciones.

Podemos negar su petición de corrección si ésta no es **por escrito** o no incluye la razón que apoye dicha petición. Adicionalmente podemos negar su petición si nos pide que corrijamos información:

- Que no ha sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó dicha información no esté disponible para hacer la corrección
- Que no es parte de la información sobre su salud que mantenemos en nuestros archivos
- Que no le está permitido examinar u obtener copias
- Que es correcta y completa

Si negamos en forma total o parcial su petición de hacer correcciones, usted tiene el derecho a someter una impugnación y solicitar que la impugnación o refutación sea parte de su expediente médico. Su impugnación debe ser de 1 (una) página de largo o menos y nosotros tenemos el derecho de archivar la impugnación en respuesta a la suya en su expediente médico. Usted también tiene el derecho a requerir que todos los documentos asociados con la corrección requerida (incluyendo la impugnación) sean transmitidos a cualquier otra parte interesada en todo momento que esa porción del expediente médico sea divulgada.

- **Derecho al Listado de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a pedir un “listado de divulgaciones”. Este es un listado de comunicaciones sobre su salud que hemos hecho con un propósito diferente al de tratamiento, pago, operaciones diarias de oficina y un número limitado de circunstancias que involucran la seguridad nacional, instituciones correccionales y agencias del orden público. La lista tampoco incluirá aquellas divulgaciones que hayamos hecho basadas en su autorización por escrito.

Para obtener esta lista usted debe presentar una petición **por escrito** al departamento de registros médicos. Dicha petición debe incluir un periodo de tiempo que no debe exceder de 6 años. Su petición debe incluir la forma en la que desea recibir la información (por ejemplo: por escrito, electrónicamente). La primera lista que pida dentro de un período de 12 meses será gratuita. Podemos cobrar una copia por las listas adicionales que solicite. Le notificaremos el costo adicional antes para que usted decida si desea retirar o modificar su petición.

Usted tiene el derecho de ser notificado tras la difusión no autorizada de su información de salud protegida. Es nuestra intención notificar de inmediato a raíz del descubrimiento de una violación de su información de salud protegida.

- **Derecho a Pedir Restricciones:** Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación en su información de salud que utilizamos o revelamos para el tratamiento, pago u operaciones de oficina. También tiene derecho a pedir una restricción o limitación en cuanto a la revelación a alguna persona que está involucrada en su cuidado o el pago del servicio médico, como un familiar o amigo. Por ejemplo: Puede pedir el no revelar información relacionada con una cirugía que haya tenido.

En la mayoría de los casos, no estamos obligados a aceptar su petición. Si estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento médico de emergencia o para ser usada y revelada debido a requerimientos legales. Usted puede revocar cualquier restricción aceptada en cualquier momento. Tal petición debe ser por escrito.

Se nos requiere que aceptemos su pedido si usted pagó por los diagnósticos, tratamientos, equipos médicos, etc. “de su bolsillo”. También se nos requiere aceptar su petición si es que este pedido no es para divulgar información acerca de su plan de seguro de salud por pagos o procesos de oficina. Si usted pide que no demos información acerca de su salud a su plan de salud por asuntos relacionados a pagos, quizás le solicitemos que pague por completo por los servicios o equipos provistos en el momento de su cita.

Para pedir restricciones, usted puede completar y presentar una Autorización para Divulgar Información con su solicitud modificada al Departamento de Registros Médicos.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho a pedir que le comuniquemos asuntos médicos, dentales o de salud conductual de cierta forma o en determinado lugar. Por ejemplo: puede pedir que solo le llamemos a su trabajo o sólo nos comuniquemos por correo electrónico.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y enviar el formulario de solicitud de comunicación confidencial al Departamento de Registros Médicos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Vamos a adaptar todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

- **Derecho a Revocar su Autorización:** Si nos da la Autorización para usar o divulgar su información de salud, puede revocar dicha Autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su Autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información por los motivos cubiertos en su Autorización por escrito en el futuro, pero no se retirará o borrará ningún uso o divulgación ya realizada con el permiso que haya dado en el pasado antes de la revocación.
- **Derecho a Obtener una Copia por Escrito de este Aviso:** Usted tiene derecho a obtener una copia por escrito de este aviso en cualquier momento. Usted tiene derecho a obtener una copia por escrito aun cuando usted haya acordado recibirlo electrónicamente. *(También puede encontrar copia de este aviso en nuestro sitio web [www.laclinicahealth.org](http://www.laclinicahealth.org))*

Para obtener dicha copia, contacte a su clínica.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso y a hacer efectivos los cambios o revisiones hechos con relación a la información sobre su salud que ya tenemos, así como también cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos un resumen del documento actual en la oficina con su fecha de vigencia en el centro superior. Usted tiene derecho a una copia del documento actualmente vigente.

Le informaremos de cualquier cambio significativo del documento. Esto podrá ser a través de nuestro boletín informativo, un letrero destacado ubicada en nuestra oficina, un aviso colocado en nuestro sitio de la página web u otros medios de comunicación.

### **QUEJAS**

Si usted cree que su derecho a la privacidad ha sido violado, usted puede presentar una queja en nuestra oficina o en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos al:

Office for Civil Rights –Region X  
U.S. Department & Human Services  
2201 Sixth Avenue – Mail Stop Rx -11  
Seattle, WA 98121  
(206) 615-2290 (VOICE) (206) 615-2296 (TDD) (206) 615-2297 (FAX)

Para presentar una queja en nuestra oficina comuníquese con Tara Kirk, Directora de Operaciones de La Clinica, visitando su oficina ubicada en el 931 Chevy Way, Medford, OR 97504 o al teléfono (541) 535-6239. ***Usted no será sancionado por presentar una queja.***