

Teacher: _____
Grade: _____



MRN: _____ PCP: _____

Consentimiento para tratamiento en los Centros de Salud Escolares

Antes de que su hijo(a) vea a un proveedor le pedimos autorizar el tratamiento médico y/o dental. Nosotros trabajaremos con usted para mejorar la salud medica y dental de su hijo(a) y estamos felices de trabajar con su proveedor o enfermera y dentista primario. Nuestra meta es asegurar que las necesidades medicas y dentales de su hijo(a) sean cumplidas para que tengan el mejor resultado y reciba atención cuando lo necesite. ** Estos servicios dentales están libres para los niños sin seguro. Si su hijo tiene dental seguro cubre este procedimiento, facturamos tu seguro para el costo de este servicio, pero seguirá siendo gratis para usted. ** Todos los servicios no están disponibles en todas las escuelas, y cualquier estudiante puede ser visto en cualquier centro de salud de la escuela en su distrito escolar.

Con firmar este formulario de consentimiento yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba los siguientes servicios:

- Medicamentos sin receta (por ejemplo, Tylenol, Advil, etc) para el alivio de síntomas.

Yo doy consentimiento para este servicio Si _____ No _____ *Iniciales del Padre O Tutor* _____

Lista de alergias conocidas a (medicamentos / alimentos / otras) y reacciones: _____

- Selladores dentales, con un breve examen visual.

Yo doy consentimiento para este servicio Si _____ No _____ *Iniciales del Padre O Tutor* _____

- Barnizado de fluoruro con un examen dental visual.

Yo doy consentimiento para este servicio Si _____ No _____ *Iniciales del Padre O Tutor* _____

Autorización de Pago

Yo asigno y autorizo el pago directo a La Clinica de todos los seguros médicos y de beneficios de los planes que se pagan por el servicio (s) que recibo y también autorizo la divulgación de todos mis documentos médicos necesarios para facilitar mi tratamiento para procesar reclamos y lo permitido o requerido en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo perfectamente que en el caso de que mi compañía de seguros u otra persona financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, yo voy a ser financieramente responsable del pago.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de La Clinica. Este aviso se proporciona la primera vez que recibo los servicios de La Clinica y esta a mi disposición en cualquier momento que lo solicite.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Yo reconozco que recibí una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de La Clinica.

_____**(Iniciales del Padre O Tutor)** En los centros de salud de La Clínica basados en la escuela, la información protegida será utilizada o revelada sólo cuando es necesario para adaptarse a un propósito particular o realizar una función relacionada con la salud y protección de bienestar del niño y con la capacidad de aprender y tener éxito.

Autorizo al equipo de atención médica y dental de La Clínica de administrar a _____

(Nombre completo del paciente)

tratamiento médico y dental si lo considera necesario.

(Fecha de nacimiento)

Nombre de Tutor Legal

Relación al Paciente

Firma de Tutor Legal

Fecha

Student Name:

DOB:

Teacher:

Grade:

MRN:

PCP:

 **LA CLINICA**
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS
Cuestionario del Paciente

1. ¿Tiene su estudiante un médico o enfermera practicante familiar que ve con regularidad?
2. Si No, Si es que sí: nombre del médico/enfermera practicante: _____
3. Farmacia preferida: _____
4. ¿Qué medicamentos toma su hijo regularmente? Favor de incluir en los medicamentos de venta libre, suplementos y los inhaladores. _____
5. Este niño tiene cualquier comportamiento que pueden afectar nuestra capacidad para prestar atención a el / ella?: _____
6. Historia de otros problemas médicos: _____

7. ¿Tiene su estudiante un dentista que ve regularmente? Si No
8. Nombre del Dentista: _____
9. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo vio a un dentista? (favor de circular uno abajo)

Menos de 12 meses

Mas de12 meses

Nunca

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

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.

MRN:	PCP:	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: Fecha de Nacimiento:		Relacion al Paciente:	
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	
Información de Seguro Medico del niño/a - por favor provea una copia de su tarjeta de seguro		<input type="checkbox"/> Mi Hijo/a no tiene seguro medico <input type="checkbox"/> Mi Hijo/a no tiene seguro dental	
Nombre de Seguro Medico:	# de ID:	# del Grupo:	
Domicilio del seguro medico:	Nombre del asegurado/a principal:	Fecha de Nacimiento:	
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 Hidroicultura (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			

* Por Favor, complete esta forma en su totalidad. No se aceptaran formas incompletas.

Si Usted tiene seguridad medica le fracturaremos por servicios elegibles



Bienvenido a La Clinica. Queremos ayudarle a mantener el costo de su visita lo más bajo posible y nos gustaría ofrecerle la oportunidad de aplicar para ayuda financiera a través de nuestro programa de escala de descuentos basada en sus ingresos. Entendemos que esta información es sensible y por ese motivo limitamos el acceso y prohibimos compartirla.

Por favor complete lo siguiente:

Número de personas en mi familia _____

Ingreso mensual de mi familia _____ o **Ingreso anual** de mi familia (últimos 12 meses) _____

Yo quiero aplicar para la escala de descuentos basada en mi ingreso (le pediremos que nos proporcione más detalles financieros).

Yo no deseo aplicar para la escala de descuentos basada en ingresos. (No creo que cumpla con los requisitos y / o no quiero dar mi información de ingresos.)

La información que he proporcionado aquí es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma _____ **Nombre (en letra de imprenta)** _____ **Fecha** _____

Por favor entregar a recepción. ¡Gracias!

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: Mayo 4, 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Si tiene alguna pregunta en relación a este aviso, por favor comuníquese con Ida Saito, Directora de Operaciones de La Clínica en el (541) 535-6239, 3617 S. Pacific Hwy. Medford, OR 97501.

QUIÉN DEBE SEGUIR ESTE AVISO

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

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Este aviso aplica a la información y archivos que mantenemos sobre usted, su salud, estado de salud y el cuidado y servicios que usted recibe en nuestros centros de salud. La información sobre su salud puede incluir información creada y recibida por nuestra oficina ya sea en forma escrita, electrónica o verbal y puede incluir información acerca de su historial médico, estado de salud, síntomas, chequeos, resultados, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividades en relación con cobros y otra información similar relacionada con la salud.

Por ley estamos requeridos a entregarle este aviso. Este aviso le explica las formas en que la información sobre su salud puede ser utilizada y divulgada así como sus derechos y nuestras obligaciones en relación con el uso y divulgación de esta información.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

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

- **Para Tratamiento.** Podemos utilizar la información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. 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 atendiéndole en relación a 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 a los miembros de su familia o amigos a menos que 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 recibe en esta oficina puedan ser facturados y obtener pago de usted, una compañía de seguros u 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 su 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. Como asociado de negocios con La Clínica, OCHIN suministra información tecnológica y servicios relacionados 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 de la salud organizado.

- **Recordatorios de Citas.** Podemos llamarle para recordarle de su cita en nuestro centro de salud para recibir tratamiento o atención médica.
- **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 haremos uso o divulgaremos su información con dichos propósitos.

SITUACIONES ESPECIALES

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 para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o la seguridad o salud 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 en caso de que el investigador tenga acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad o que esté involucrado en su cuidado en nuestro consultorio a menos que ello sea determinado por nuestra Junta Examinadora Institucional o Consejo de Privacidad (Institutional Review Board or Privacy Board) 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.
- **Las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos divulgar la información de salud del paciente si se sospecha abuso, negligencia o violencia doméstica como sea requerido o permitido por la ley
- **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 a 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.
- **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 objetar 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 a Ida Saito, Directora de Operaciones 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 y usted puede desistir o modificar su petición a tiempo antes de incurrir en esos costos. En lo que se refiere a un pedido modificado incluye un sumario de su expediente médico.

Usted tiene el derecho a requerir una copia electrónica de su expediente si es que mantenemos la totalidad o parte de su expediente electrónicamente. Usted tiene el derecho a pedir una parte de su expediente médico que nosotros almacenamos en forma electrónica. Quizás se le cobre por los costos de nuestro personal para crear una copia electrónica. Nosotros le notificaremos del costo al tiempo de su pedido y usted puede elegir entre desistir o modificar su pedido en ese momento.

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 sanitario 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. Usted no tiene derecho a copias de las notas de psicoterapia.

- **Derecho a la Corrección.** Si usted cree que la información sobre su salud que tenemos es incorrecta o incompleta, nos puede pedir que corrijamos su información. 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 presente el FORMULARIO DE CORRECCIÓN DE ARCHIVOS MÉDICOS (Medical Record Amendment/Correction Form) a Ida Saito, 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 o negamos en forma parcial su petición para corregir, 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 a 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** a Ida Saito, Directora de Operaciones. 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 si desea retirar o modificar su petición antes de que usted incurra en algún costo.

Usted tiene el derecho de ser notificados 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 de la información sobre su salud que utilizamos o revelamos para el tratamiento, pago u operaciones de oficina. Usted también tiene derecho a pedir una limitación a la información sobre su salud que revelamos a alguna persona que está involucrada en su cuidado o el pago por este, como un familiar o amigo. Por ejemplo: usted puede pedir que no revelemos 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 el uso y revelación de dicha información sea requerida por la ley. 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 u operaciones de oficina. Si usted lo solicita, nosotros no proveemos información acerca de su salud a su plan de salud por asuntos relacionados a pagos, quizás nosotros solicitemos que usted pague por completo por los servicios o equipos provistos en el momento del servicio.

Para pedir restricciones, usted puede completar y presentar una AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION con su pedido modificado a Ida Saito, Directora de Operaciones.

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

Para pedir comunicaciones confidenciales, usted debe completar y presentar la PETICIÓN PARA RESTRICCIONES EN EL USO/DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIONES CONFIDENCIALES a Ida Saito, Directora de Operaciones. No le preguntaremos la razón de dicha petición. Concederemos todas las peticiones razonables. Su petición debe especificar cómo y dónde le gustaría que nos pusiéramos en contacto con usted.

- **Derecho a Obtener una Copia por Escrito de este Aviso:** Usted tiene derecho a obtener una copia por escrito de este aviso. Usted puede pedirnos esta copia en cualquier momento. Usted tiene derecho a obtener una copia por escrito de este aviso aún cuando usted haya acordado recibirlo electrónicamente. (También puede encontrar copia de este aviso en nuestro sitio web.)

Para obtener dicha copia, comuníquese con Ida Saito, Directora de Operaciones.

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. Fijaremos el aviso actual (o un resumen del aviso) en un lugar público en nuestras oficinas, con la fecha de entrada en vigor en el centro de la parte superior del aviso. Usted tiene derecho en todo momento a obtener una copia del aviso en vigor.

Le informaremos de cualquier cambio significativo de Aviso. Esto podrá ser a través de nuestro boletín informativo, una señal destacada 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 han sido violados, 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 Ida Saito, Directora de Operaciones en el 3617 S. Pacific Hwy, Medford, OR 97501 o en el teléfono (541) 535-6239. ***Usted no será sancionado por presentar una queja.***