

PAQUETE PARA PACIENTE NUEVO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Nombre:	# de Seguridad Social:	Sexo Legal: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Preferencia de Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero (H a M) <input type="checkbox"/> Transgénero (M a H)			
		Fecha de nacimiento:				
Dirección Primaria:		Ciudad	Estado	Código Postal		
Dirección de Correo Electrónico:		Número de Teléfono de Casa:		Número Celular:		
Formas en que podemos comunicarnos con usted (seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> # de casa <input type="checkbox"/> #Celular <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Texto		Preferencia de idioma:		Intérprete Necesario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del contacto de emergencia:		Número de contacto de emergencia:		Relación con el contacto:		
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleados Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Subvencionado <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Quedarse con amigos/familia <input type="checkbox"/> Otro refugio		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Apartado	Raza (elige cual aplica): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otro Eres hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Es usted un trabajador agrícola migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Se define como una persona que debe ausentarse de un lugar de residencia permanente con el fin de buscar empleo en el trabajo agrícola.</i> Es usted un trabajador agrícola de temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Definido como un individuo que está empleado en trabajo agrícola temporal pero que no se muda de residencia permanente para buscar trabajo agrícola; también puede tener otras fuentes de empleo.</i>			¿Piensas en ti mismo como: <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni gay) <input type="checkbox"/> Lesbianas o gays <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> Elija no revelar			
Ingreso anual: Seleccione la letra que coincida con el tamaño de su familia y el ingreso anual: _____						
Cuántas personas viven en su hogar? _____						
	A	B	C	D	E	F
# of People in Household	100%	125%	150%	175%	200%	>200%
1	\$0 - \$12,880	\$12,881 - \$16,100	\$16,101 - \$19,320	\$19,321 - \$22,540	\$22,541 - \$25,760	Over \$25,760
2	\$0 - \$17,420	\$17,421 - \$21,775	\$21,776 - \$26,130	\$26,131 - \$30,485	\$30,486 - \$34,840	Over \$34,840
3	\$0 - \$21,960	\$21,961 - \$27,450	\$27,451 - \$32,940	\$32,941 - \$38,430	\$38,431 - \$43,920	Over \$43,920
4	\$0 - \$26,500	\$26,501 - \$33,125	\$33,126 - \$39,750	\$39,751 - \$46,375	\$46,376 - \$53,000	Over \$53,000
5	\$0 - \$31,040	\$31,041 - \$38,800	\$38,801 - \$46,560	\$46,561 - \$54,320	\$54,321 - \$62,080	Over \$62,080
6	\$0 - \$35,580	\$35,581 - \$44,475	\$44,476 - \$53,370	\$53,371 - \$62,265	\$62,266 - \$71,160	Over \$71,160
7	\$0 - \$40,120	\$40,121 - \$50,150	\$50,151 - \$60,180	\$60,181 - \$70,210	\$70,211 - \$80,240	Over \$80,240
8	\$0 - \$44,660	\$44,661 - \$55,825	\$55,826 - \$66,990	\$66,991 - \$78,155	\$78,156 - \$89,320	Over \$89,320
For each additional person, add	\$4,540	\$5,675	\$6,810	\$7,945	\$9,080	\$9,080
Está interesado en solicitar la escala móvil de tarifas (en caso afirmativo, se requerirá una verificación de ingresos adicional)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Nombre de la farmacia:		# de teléfono de la farmacia:		Preferencia de laboratorio: <input type="checkbox"/> Quest <input type="checkbox"/> LabCorp <input type="checkbox"/> Otro		

INFORMACIÓN DE SEGURO Y GARANTÍA			
Seguro primario:	# de póliza:	# de grupo:	
Nombre del suscriptor:		Relación con el paciente:	
Fecha de nacimiento del suscriptor:		# de seguro social del suscriptor:	
Seguro secundario:	# de póliza:	# de grupo:	
Nombre del suscriptor:		Relación con el paciente:	
Fecha de nacimiento del suscriptor:		# de seguro social del suscriptor:	
Garante / Nombre de la persona responsable del pago (si es diferente del suscriptor):			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de nacimiento:		Número de seguridad social:	
Número de teléfono:		Relación con el paciente:	
CONSENTIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS			
<p>Consentimiento para el tratamiento</p> <p>Por la presente doy mi consentimiento y autorizo el examen y el tratamiento en Project Health, Inc. d / b / a Langley Health Services (LHS) para mí, el paciente, por parte del personal de LHS. Los empleados de LHS explicarán la necesidad del examen y el tratamiento, y la posibilidad de efectos secundarios indeseables. Entiendo que no hay garantía ni seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse, pero los empleados de LHS ejercerán el cuidado normal y prudente con respecto a mi diagnóstico y tratamiento.</p>			
<p>El consentimiento para el tratamiento de un menor solo se completa si el paciente es menor de 18 años</p> <p>Yo, como padre o tutor legal del paciente, _____, por la presente doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento de mi hijo. Además, otorgo permiso para que las siguientes personas autoricen Tratamiento médico en mi ausencia:</p> <p>1. _____ Relación con el paciente: _____</p> <p>2. _____ Relación con el paciente: _____</p> <p>3. _____ Relación con el paciente: _____</p>			
<p>Aviso de prácticas de privacidad</p> <p>Reconozco que he recibido el Aviso de privacidad de la práctica que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información médica para su tratamiento y operaciones de pago / atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Cumplimiento si tengo una pregunta o queja. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de privacidad de la práctica.</p>			
<p>Liberación de información</p> <p>Las razones para divulgar el registro de un paciente incluyen, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compañía (s) de seguros, sus agentes u otro tercero pagador y / o • Agencias gubernamentales o de servicios sociales que pueden pagar o pagarán cualquier parte de los gastos médicos / hospitalarios incurridos o • Representantes autorizados de Langley Health Services según lo exija la ley o • Proveedores de atención alternativos, incluidas agencias y servicios comunitarios, según lo ordene el proveedor del paciente o • Según lo solicitado por el Paciente o la familia del Paciente para la atención poshospitalaria <p>El paciente reconoce y acepta que algunos o todos los registros del paciente pueden ser accesibles a través del portal del paciente y / o el Intercambio de información médica. El paciente reconoce y acepta que los registros del paciente estarán disponibles para todas las entidades y proveedores afiliados de Langley Health Services y para los proveedores no afiliados a Langley de conformidad con las disposiciones de uso significativo.</p>			
<p>Derechos, responsabilidades e información del paciente y hogar médico centrado en el paciente</p> <p>Elijo participar en el Hogar médico centrado en el paciente. Estos documentos se publican en el vestíbulo y en nuestro sitio web: www.langleymedicalcenter.com. Reconozco que he recibido o se me ha permitido ver una copia de cada uno y entiendo y estoy de acuerdo con los términos establecidos en las políticas.</p>			
<p>Servicios fuera del horario de atención que no son de emergencia</p> <p>Los pacientes tienen acceso fuera del horario de atención a los proveedores de Langley Health Services de guardia las 24 horas del día, los siete días de la semana a través de un servicio de contestador llamando al (352) 793-5900. Para reabastecimiento de medicamentos, comuníquese</p>			

con su farmacia o con Langley Health Services durante el horario laboral normal. Para servicios de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Residentes, estudiantes y observadores

Entiendo que Project Health, Inc. d / b / a Langley Health Services (LHS) apoya la educación de profesionales médicos y mantiene Estudiantes que pueden ayudar en relación con la atención. Entiendo que de acuerdo con las regulaciones y acreditaciones federales de LHS, así como con la capacitación educativa, los residentes, estudiantes y observadores pueden estar presentes en las áreas de atención al paciente.

Aviso de política sobre directivas anticipadas solo para pacientes mayores de 18 años

Las directivas anticipadas son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico deseado o no deseado en caso de que una persona no pueda tomar decisiones, así como quién está autorizado para tomar esas decisiones por ellos. Las directivas anticipadas se hacen y se atestiguan antes de que ocurra cualquier lesión grave, posible evento que ponga en peligro la vida o ciertos procedimientos quirúrgicos. De acuerdo con la ley federal y estatal, esto sirve como notificación de que dejaremos de lado su directiva anticipada en caso de que experimente un evento que ponga en peligro su vida mientras se encuentra en una de las ubicaciones de Langley Health Services y será transferido a un nivel de atención superior.

Al firmar a continuación, acepta y entiende esto como una notificación. Indique a continuación si tiene o no una directiva anticipada o si le gustaría recibir información sobre las directivas anticipadas.

- Tengo una directiva avanzada.
- No tengo una directiva avanzada.
- Me gustaría recibir información sobre directivas anticipadas.

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI)

Project Health, Inc. d / b / a Langley Health Services (LHS) se compromete a garantizar la privacidad y confidencialidad de su información médica. Para ayudarnos a proteger su privacidad, complete la siguiente información:

<i>(Seleccione si o no)</i>	Sí	No
Podemos dejar un mensaje clínico si no hay respuesta?		
Podemos dejar un mensaje de inquietud sobre la facturación si no hay respuesta?		
Podemos enviar un recordatorio de cita mediante mensajes de texto? <i>Si es así, ¿cuál es su operador de telefonía celular?</i>		
Podemos enviarle un correo electrónico con recordatorios y notas clínicas?		

Podemos dejar información a otra persona que no sea usted con respecto a su atención médica (cambios de medicación, resultados de laboratorio, citas, etc.)? **Sí** (En caso afirmativo, indique el nombre o nombres en los espacios a continuación) **No**

Nombre	Relación	Número de teléfono

** Tiene derecho a revocar con quién hablamos sobre su atención médica en cualquier momento. Por favor complete un nuevo consentimiento.

Asignación de beneficios de Medicare solo para pacientes cubiertos por Medicare

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago o los beneficios autorizados se realicen en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos o autorizo a dicho médico u organización a presentar un reclamo a Medicare y solicitar el pago de los beneficios del seguro médico a la parte que acepta la asignación. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original, siempre que reciba servicios en LHS. Entiendo que soy responsable de la cantidad de mi coseguro en los servicios cubiertos por Medicare. Además, entiendo que el deducible de la Parte B no se aplica a los servicios de FQHC; sin embargo, si recibo servicios que no están cubiertos por FQHC, seré responsable del deducible de la parte B. He completado una copia del Cuestionario para el pagador secundario de Medicare (MSP).

Al firmar a continuación, verifico que esta información es verdadera lo mejor que puedo. Además, acepto, entiendo y doy mi consentimiento a todos los elementos de la sección Consentimientos y reconocimientos.

FIRMAS REQUERIDAS	
Firma del Paciente/Tutor:	Fecha:
Signature of Langley Health Services' Employee (Firma del empleado de Langley Health Services):	Today's Date:

Historia Médica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre del Médico: _____ Número del Médico: _____
 Fecha de último examen: _____ ¿Está bajo tratamiento médico ahora? Si No
 ¿Si, para qué? _____

¿Ha tenido cualquier enfermedad grave o ha sido hospitalizado en los últimos cinco años?
 Si No ¿Si, para qué? _____

Haga una lista de los medicamentos que toma actualmente: _____

¿Tiene o ha tenido usted cualquiera del siguiente? (Por favor marque sí o no)

Enfermedad de corazón	_____ Si	_____ No	Tos	_____ Si	_____ No
Fiebre Reumática	_____ Si	_____ No	Artritis	_____ Si	_____ No
Presión Alta	_____ Si	_____ No	Derrame Cerebral	_____ Si	_____ No
Presión Baja	_____ Si	_____ No	Glaucoma	_____ Si	_____ No
Úlcera/Reflujo ácido	_____ Si	_____ No	Sífilis	_____ Si	_____ No
Tuberculosis	_____ Si	_____ No	Gonorrea	_____ Si	_____ No
Enfermedad de Pulmones	_____ Si	_____ No	Herpes	_____ Si	_____ No
Diabetes	_____ Si	_____ No	Prolapso de la Válvula Mitral	_____ Si	_____ No
Enfisema	_____ Si	_____ No	Trastorno de Nervios	_____ Si	_____ No
Anemia	_____ Si	_____ No	Anemia de Células Falciformes	_____ Si	_____ No
Cardiopatía Congénita	_____ Si	_____ No	Válvula de Corazón Artificial	_____ Si	_____ No
Enfermedades Transmisibles	_____ Si	_____ No	Enfermedad del Hígado	_____ Si	_____ No
Hemofilia	_____ Si	_____ No	Leucemia	_____ Si	_____ No
Psiquiátrico/ Enfermedad Mental	_____ Si	_____ No	Problema Respiratorio	_____ Si	_____ No
Adicción	_____ Si	_____ No	Marcapasos Cardíaco	_____ Si	_____ No
SIDA/Virus se la inmunodeficiencia humana	_____ Si	_____ No	Enfermedad de Transmisión Sexual	_____ Si	_____ No
Articulaciones Artificiales	_____ Si	_____ No	Cáncer	_____ Si	_____ No
Tratamiento de Radiación	_____ Si	_____ No	Tobillos Hinchados	_____ Si	_____ No
Sangrado Prolongado	_____ Si	_____ No	Enfermedad de la Tiroides	_____ Si	_____ No
Desmayos/ Convulsiones	_____ Si	_____ No	Dolor de Pecho	_____ Si	_____ No
Excesiva de Orinar	_____ Si	_____ No	Fácilmente sin Aliento	_____ Si	_____ No
Soplo Cardíaco	_____ Si	_____ No	Epilepsia/Convulsión	_____ Si	_____ No
Hepatitis/ Ictericia o Piel Amarilla	_____ Si	_____ No	Enfermedad Renal	_____ Si	_____ No
Asma	_____ Si	_____ No	Reemplazo de la Articulación	_____ Si	_____ No
Implante	_____ Si	_____ No	Ataque Cardíaco	_____ Si	_____ No
Fiebre de Heno/Seno Paranasal	_____ Si	_____ No	Otra Enfermedad?(nota abajo)	_____ Si	_____ No

Tiene alguna condición medica o alergias que no han mencionado en la lista: _____

¿Utiliza Tabaco? Si No
 ¿Utiliza Sustancias Controladas? Si No
 ¿Has tomado Phen-Pantano o Redux? Si No

Sólo Mujeres:

¿Está embarazada o piensa que usted quizás esté? Si No
 ¿Estas dando pecho? Si No
 ¿Estas tomando anticonceptivos orales? Si No

Por favor complete la siguiente página

¿Autorización y liberación de Historial médico:

Certifico que he leído y comprendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizar los dentistas para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a los pagadores de terceros y o a profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o un seguro de grupo dental de otro modo pagadero a mí. Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que la factura actual de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

X _____
Firma del Paciente/Padres/Tutor

-----SOLO PARA USO OFICIAL-----

Doctor's Comments: _____

Updates: Date: _____ Any Changes? _____ Initials: _____

Date: _____ Any Changes? _____ Initial

Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente

Consentimiento informado para procedimientos dentales

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Todos los pacientes completan de 1 a 4 a continuación

PROCEDIMIENTO	INICIALES PARA CONSENTIMIENTO
<p>1. EXÁMENES Y RAYOS X Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. Entiendo que se dará un plan de tratamiento detallado. Por la presente doy mi consentimiento y autorizo el examen y tratamiento en Project Health, Inc. d / b / a Langley Health Services (LHS) por parte del personal de LHS. Los empleados de LHS explicarán la necesidad del examen y el tratamiento, y la posibilidad de efectos secundarios indeseables. Entiendo que no hay garantía ni garantía con respecto a los resultados que pueden obtenerse, pero los empleados o LHS ejercerán una atención prudencial normal con respecto a mi diagnóstico y tratamiento. Consentimiento informado para procedimientos dentales se obtendrá.</p>	
<p>2. DROGAS Y MEDICAMENTOS Se me informó y entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que producen enrojecimiento e hinchazón de tejido, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Le informé al dentista sobre todas las alergias conocidas y todos los medicamentos que estoy tomando actualmente.</p>	
<p>3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones que se encuentran al trabajar en dientes que no se pudieron detectar durante el examen. Cualquier cambio en el plan será explicado inmediatamente y se firmará un nuevo consentimiento si es necesario. El cambio más común en el plan de tratamiento es el descubrimiento de la necesidad de una terapia de conducto (root canal) durante o después de procedimientos restaurativos.</p>	
<p>4. DISFUNCIÓN CONJUNTA TEMPOROMANDIBULAR Entiendo que el estallido, el clic, el bloqueo y el dolor pueden intensificarse o desarrollarse en las articulaciones (cerca de la oreja) después del tratamiento dental de rutina en el que se mantiene la boca en posición abierta. Aunque los síntomas de TMD asociados con el tratamiento dental generalmente son de naturaleza transitoria y son bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Entiendo que, en caso de que surja la necesidad de un tratamiento, se me dará un referido al especialista para recibir tratamiento, cuyo costo es responsabilidad mía.</p>	

Consentimiento para el Tratamiento Dental por el Estudiante

El departamento dental en Langley Health Services está participando en un programa para la formación de los estudiantes de odontología, estudiantes de higiene, y los estudiantes de asistente dental. Este programa ofrece atención de calidad para los pacientes, y da a los estudiantes una variedad de experiencias clínicas únicas para un entorno del centro de salud de la comunidad. Los estudiantes están muy adelante en su formación y algunos de ellos ya han completado todos los requisitos clínicos para la graduación.

El personal autorizado en Langley Health Services actuará como instructores clínicos y será supervisado a los estudiantes y evaluar el tratamiento que ofrecen con el fin de asegurar los mejores resultados posibles. Aceptar el tratamiento de los estudiantes aumenta los pacientes participantes acceden a las citas que permiten la terminación oportuna del tratamiento necesario. No dude en hacer cualquier pregunta sobre el programa cualquier momento.

Yo, _____, entiendo que un estudiante estará
(Nombre del Paciente/Padre/Tutor)
brindando atención dental a mi o/a mi hijo/hija, _____.
(Nombre de su hijo/hija)

que los servicios prestados por el estudiante estará bajo la supervisión de un dentista certificado, en la clínica, mientras que el estudiante está ofreciendo cuidado dental. Yo doy mi consentimiento para ser tratado por un estudiante. Estoy de acuerdo que he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener acerca de este acuerdo.

Nombre del Paciente: _____ Date: _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Testigo de LHS: _____

DERECHOS DEL PACIENTE

- Un paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.
- Un paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- Un paciente tiene derecho a saber quién está proporcionando servicios médicos y quién es responsable de su atención.
- Un paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
- Un paciente tiene derecho a saber que las reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
- Un paciente tiene derecho a saber que el proveedor de atención médica le proporcionará información sobre el diagnóstico, el curso planificado del tratamiento, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
- Un paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
- Un paciente tiene derecho a que se le brinde, cuando lo solicite, la información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
- Un paciente que es elegible para Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el centro de atención médica acepta la tarifa de asignación de Medicare.
- Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos por atención médica.
- Un paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada, razonablemente clara y comprensible y, a pedido, a que se le expliquen los cargos.
- Un paciente tiene derecho a un acceso imparcial a tratamientos o adaptaciones médicos, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- Un paciente tiene derecho a recibir alivio del dolor.
- Un paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negarse a participar en dicha investigación experimental.
- Un paciente tiene derecho a proporcionar comentarios, ya sean negativos o positivos, sobre el servicio que recibió.
- Un paciente tiene derecho a expresar quejas con respecto a cualquier violación de sus derechos, como se establece en la ley de Florida, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o centro de atención médica que lo atendió y a la agencia de licencias correspondiente.
- Un paciente tiene derecho a cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles.
- Un paciente tiene derecho a que le surtan sus recetas en la farmacia de su elección.
- Un paciente tiene derecho a recibir información y una explicación sobre el enfoque de atención del Hogar médico centrado en el paciente.
- Un paciente tiene derecho a obtener información y formularios relacionados con las directivas anticipadas (testamento vital y designación de sustituto de atención médica).

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- El paciente es responsable de proporcionar al proveedor de atención médica información completa y precisa, lo mejor que pueda sobre su salud. La información incluirá cualquier medicamento tomado, incluidos los productos de venta libre y los suplementos dietéticos, alergias, sensibilidades, quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones y otros asuntos relacionados con su atención.
- Un paciente es responsable de informar cambios inesperados en su condición al proveedor de atención médica.
- Un paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si comprende un curso de acción contemplado y lo que se espera de él o ella.
- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento acordado prescrito por el proveedor de atención médica y participar en su atención.
- Un paciente es responsable de proporcionar un adulto responsable para proporcionar transporte a casa y permanecer con el paciente como lo indique el proveedor o como se indique en las instrucciones de alta.
- Un paciente es responsable de cumplir con las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, de notificar al proveedor de atención médica o al centro de atención médica.
- Un paciente es responsable de sus acciones si rechaza los tratamientos o no sigue las instrucciones del proveedor.
- El paciente es responsable de asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.
- Un paciente es responsable de la necesidad de aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por el seguro.
- Un paciente es responsable de seguir las reglas y regulaciones del centro de atención médica que afectan la atención del paciente y de comportarse respetuosamente con todos los profesionales y el personal de atención médica, así como con otros pacientes y visitantes.
- Si participa en el Hogar médico centrado en el paciente, el paciente es responsable de hablar con su equipo sobre cuestiones de salud, compartir los éxitos y desafíos de la atención médica pasados, informar al equipo sobre otros profesionales de la atención médica que lo cuidan, siguiendo los planes de atención médica que se ha discutido, asegurándose de que él / ella comprenda el plan y haga preguntas si no lo entiende, diciéndole al equipo si tiene problemas para seguir con el plan de atención y hablando si el plan de atención no está funcionando tan juntos cambia se puede hacer, si es necesario.

Aviso de prácticas de privacidad Efectiva 30 de septiembre de 2013

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revise este aviso detenidamente.

Su historial médico puede contener información personal sobre su salud. Esta información puede identificarlo y relacionarse con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados y se denomina Información de salud protegida (PHI). Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su PHI de acuerdo con la ley aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo puede acceder y controlar su PHI. La ley nos exige mantener la privacidad de la PHI y notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de prácticas de privacidad entrará en vigencia para toda la PHI que mantengamos en ese momento. Le proporcionaremos una copia del Aviso de prácticas de privacidad revisado publicando una copia en nuestro sitio web, enviándole una copia por correo si la solicita o proporcionándole una en su próxima cita.

Cómo podemos usar y revelar información de salud sobre usted ?:

- **Para atención o tratamiento:** su PHI se puede usar y divulgar a quienes estén involucrados en su atención con el propósito de proporcionar, coordinar o administrar sus servicios. Esto incluye la consulta con supervisores clínicos u otros miembros del equipo. Se requiere su autorización para divulgar su PHI a cualquier otro proveedor de atención que no esté involucrado actualmente en su atención. **Ejemplo:** si otro médico lo refirió a nosotros, podemos comunicarnos con ese médico para hablar sobre su atención. Asimismo, si lo derivamos a otro médico, podemos comunicarnos con ese médico para hablar sobre su atención o ellos pueden comunicarse con nosotros.
- **Para el pago:** Su PHI se puede usar y divulgar a cualquier parte que esté involucrada en el pago de la atención o el tratamiento. Si paga su atención o tratamiento completamente de su bolsillo sin el uso de ningún seguro, puede restringir la divulgación de su PHI para el pago. **Ejemplo:** Su pagador puede requerir copias de su PHI durante el transcurso de una solicitud de registro médico, auditoría de historial o revisión.
- **Para operaciones comerciales:** podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI para respaldar nuestras actividades comerciales, incluidas, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, concesión de licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. También podemos divulgar PHI en el curso de proporcionarle recordatorios de citas o dejar mensajes en su teléfono o en su casa sobre las preguntas que hizo o los resultados de las pruebas. **Ejemplo:** Podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades comerciales (por ejemplo, el Consejo de Acreditación u otros organismos reguladores o de licencias) siempre que tengamos un contrato por escrito con la empresa que lo requiera para salvaguardar la privacidad de su PHI.
- **Requerido por ley:** De acuerdo con la ley, debemos hacer que las divulgaciones de su PHI estén disponibles para usted cuando lo solicite. Además, debemos hacer divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el propósito de investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad, si así se requiere.
- **Sin autorización:** la ley aplicable y los estándares éticos nos permiten divulgar información sobre usted sin su autorización solo en un número limitado de otras situaciones. Ejemplos de algunos de los tipos de usos y divulgaciones que pueden realizarse sin su autorización son los siguientes:
 - Exigido por la ley, como el informe obligatorio de abuso o negligencia infantil o auditorías o investigaciones obligatorias de agencias gubernamentales (como el departamento de salud)
 - Requerido por orden judicial
 - Necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público. Si la información se divulga para prevenir o reducir una amenaza grave, se divulgará a una persona o personas razonablemente capaces de prevenir o reducir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza.
- **Permiso verbal:** podemos usar o divulgar su información a miembros de la familia que estén directamente involucrados en su recepción de servicios con su permiso verbal.
- **Con autorización:** los usos y divulgaciones no permitidos específicamente por la ley aplicable se realizarán solo con su autorización por escrito, que puede ser revocada. Se requiere su autorización explícita para divulgar notas de psicoterapia y PHI con fines de marketing, comunicación de tratamiento subsidiado y para la venta de dicha información.

Sus derechos con respecto a su PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre ti. Para ejercer cualquiera de estos derechos, por favor, envíe su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad:

- **Derecho de acceso para inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho, que puede estar restringido sólo en circunstancias excepcionales o con documentos publicados a nosotros, para inspeccionar y copiar la PHI que puede utilizarse para tomar decisiones sobre el servicio proporcionado.
- **Derecho a enmendar.** Si usted cree que la PHI que tengamos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que enmendemos la información aunque no estamos obligados a aceptar la enmienda.
- **Derecho a una contabilidad de accesos.** Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de algunas de las revelaciones que hacemos de su PHI. Podemos cargarle una cuota razonable si usted solicita más de una contabilidad en cualquier período de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su PHI para servicios, pago u operaciones de negocios. No estamos obligados a aceptar su petición.
- **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos de la PHI de una manera específica (por ejemplo, teléfono, correo electrónico, correo postal, etc.)
- **Derecho a una copia de este aviso.** Usted tiene el derecho a una copia de este aviso.

Sitio web privacidad

Cualquier información personal que usted nos proporciona con nuestro sitio web, incluyendo su dirección de correo electrónico, nunca será vendido o alquilado a terceros sin tu consentimiento expreso. Si usted nos proporciona cualquier información personal o de contacto para recibir algo de nosotros, podemos recopilar y almacenar datos personales. No automáticamente recopilamos su dirección de correo electrónico personal simplemente porque usted visita nuestro sitio. En algunos casos, nos podemos asociarnos con terceros para proporcionar servicios tales como boletines, encuestas para mejorar nuestros servicios, actualizaciones de salud o empresa, y en tal caso, debemos proporcionar su información de contacto a dichos terceros. Esta información, sin embargo, sólo se proporcionará a estos socios terceros específicamente para estas comunicaciones, y el tercero no utilizará su información por cualquier otro motivo. Mientras que podemos rastrear el volumen de visitantes en páginas específicas de nuestro sitio web y descargar la información de páginas específicas, estos números sólo se utilizan en conjunto y sin ninguna información personal. Esta información demográfica puede ser compartida con nuestros socios, pero no está vinculado a ninguna información personal que pueda identificarle o cualquier visitante de nuestro sitio.

Nuestro sitio puede contener enlaces a otro sitios web externos. No podemos responsabilizarnos por las políticas de privacidad o prácticas de estos sitios y le animamos a revisar las prácticas de privacidad de todos los sitios de internet que usted visita. Mientras nos esforzamos para asegurar que toda la información proporcionada en nuestro sitio web es correcta y exacta, no hacemos ninguna garantía, expresa o implícita, en cuanto a la exactitud, integridad o puntualidad, de la información disponible en nuestro sitio. No somos responsables a cualquier persona por cualquier pérdida, reclamación o daños causados en su totalidad o en parte, por la información proporcionada en nuestro sitio. Mediante el uso de nuestro sitio web, usted consiente a la recopilación y uso de información personal como se describe en este documento. Cualquier cambio a esta política de privacidad se hará público en este sitio para que sepas qué información recogemos y cómo la utilizamos.

Infracciones:

Se le notificará inmediatamente si recibimos información de que ha habido una violación que implica su PHI.

Reclamaciones:

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito con nuestro oficial de privacidad en LHS. Si usted tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con nosotros al (352) 793-5900 o llame gratis al (888) 298-5510.