

PAQUETE PARA PACIENTE NUEVO ADULTO

| 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 |
| # de personas en el hogar | 100% | 125% | 150% | 175% | 200% | >200% |
| 1 | \$0 - \$14,580 | \$14,581 - \$18,225 | \$18,226 - \$21,870 | \$21,871 - \$25,515 | \$25,516 - \$29,160 | Over \$29,160 |
| 2 | \$0 - \$19,720 | \$19,721 - \$24,650 | \$24,651 - \$29,580 | \$29,581 - \$34,510 | \$34,511 - \$39,440 | Over \$39,440 |
| 3 | \$0 - \$24,860 | \$24,861 - \$31,075 | \$31,076 - \$37,290 | \$37,291 - \$43,505 | \$43,506 - \$49,720 | Over \$49,720 |
| 4 | \$0 - \$30,000 | \$30,001 - \$37,500 | \$37,501 - \$45,000 | \$45,001 - \$52,500 | \$52,501 - \$60,000 | Over \$60,000 |
| 5 | \$0 - \$35,140 | \$35,141 - \$43,925 | \$43,926 - \$52,710 | \$52,711 - \$61,495 | \$61,496 - \$70,280 | Over \$70,280 |
| 6 | \$0 - \$40,280 | \$40,281 - \$50,350 | \$50,351 - \$60,420 | \$60,421 - \$70,490 | \$70,491 - \$80,560 | Over \$80,560 |
| 7 | \$0 - \$45,420 | \$45,421 - \$56,775 | \$56,776 - \$68,130 | \$68,131 - \$79,485 | \$79,486 - \$90,840 | Over \$90,840 |
| 8 | \$0 - \$50,560 | \$50,561 - \$63,200 | \$63,201 - \$75,840 | \$75,841 - \$88,480 | \$88,481 - \$101,120 | Over \$101,120 |
| Por cada adicional persona, agregar | \$5,140 | \$6,425 | \$7,710 | \$8,995 | \$10,280 | \$10,280 |
| Está interesado en solicitar la escala móvil de tarifas (en caso afirmativo, se requerirá una verificación de ingresos adicional)? 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 Reconocimientos

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo examenación y tratamiento a el Project Health, Inc. d/b/a Langley Health Services (LHS) para mí, el/la paciente, por el personal de LHS. La necesidad de examenación y tratamiento, y la posibilidad de efectos secundarios indeseables, se explicará por los empleados de LHS. Entiendo que no hay garantía o seguridad, en cuanto a los resultados que se pueden obtener, pero el cuidado prudente normal será ejercido por empleados de LHS en respecto a mi diagnóstico y tratamiento.

Consentimiento para el tratamiento de un menor *sólo complete si el paciente es menor de 18 años de edad*

Yo, como padre o tutor legal del paciente, _____, por la presente doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento de mi hijo(a). Además, doy permiso a las siguientes personas para autorizar el Tratamiento Médico en mi ausencia:

- | | |
|----------|---------------------------------|
| 1. _____ | Relación con el paciente: _____ |
| 2. _____ | Relación con el paciente: _____ |
| 3. _____ | Relación con el paciente: _____ |

Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido aviso de privacidad que describe las maneras en que la práctica utiliza mi información de salud para las operaciones de tratamiento y pago/cuidado de la salud y otros descritos, permitidos por la práctica y divulgación. Entiendo que puedo contactar al oficial de cumplimiento si tengo alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el aviso de privacidad de prácticas.

Liberación de información

Las razones para publicar el registro de un paciente incluyen, pero no limitan a:

- La(s) empresa(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/hopitalarios incurridos o
- Representantes autorizados de Langley Health Services según lo ordena la ley o
- Proveedores de atención alternativos, incluidas agencias y servicios comunitarios según ordenado por el proveedor del paciente o
- Según lo solicitado por el paciente o la familia del paciente para la atención despues de alta hospitalaria

El paciente reconoce y acepta que unos o todos los registros del paciente, estarán disponibles por el portal del paciente y/o por el Health Information Exchange. El paciente reconoce y acepta que su registro estara disponible para todas las entidades afiliadas y proveedores de Langley Health Services, y para los proveedores no afiliados con Langley en complicidad con las proviciones de uso significativo.

Derechos de los pacientes, responsabilidades e información, y Hogar Medico Centrico para el paciente

Yo elijo participar en el Hogar Medico Centrico para el paciente. Estos documentos estan publicados en el vestíbulo y en nuestra pagina de internet: www.langleymedicalcenter.com. Reconozco que he recibido o se me ha permitido revisar una copia de cada uno y entiendo y acepto los terminos expuestos en las polisas.

Política de no presentarse a la cita

Si no puede asistir a su cita con un proveedor, se espera que se comunice con la oficina con anticipación para asegurarse de que se reprogramme. Si no se comunica con la oficina antes de su cita, su cita perdida se considerará como "ausente". Si tiene tres o más "ausencias" dentro de un período de 3 meses, se le notificará que ahora está en una lista de espera para ser atendido por un proveedor de LHS. Se le contactará para programar una cita a medida que se abra la disponibilidad de la lista de espera. En caso de que necesite atención de urgencia, hay citas disponibles para el mismo día en todas las ubicaciones de LHS para necesidades médicas y/o dentales.

Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud 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, por favor complete la siguiente información:

| (Marque sí o No) | Si | No |
|--|----|----|
| ¿Podemos dejar un mensaje clínico si no hay respuesta? | | |
| ¿Podemos dejar un mensaje de facturación si no hay respuesta? | | |
| ¿Podemos enviar un recordatorio de citas usando mensajes de texto? <i>Si la respuesta es si, ¿cuál es su empresa de telefono celular?</i> _____ | | |
| ¿Podemos enviarle un correo electrónico sobre recordatorios y notas clínicas? | | |

¿Podemos dejar información con alguien que no sea usted en respecto a su atención médica (cambios de medicamentos, resultados de laboratorio, citas, etc.)? **Si** **No** (Si la respuesta si, anote los nombres en el siguiente espacio.)

| Nombre | Relación | Número de teléfono |
|--------|----------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

** Usted tiene el derecho de revocar con quienes hablamos del cuidado de su salud en cualquier momento. Favor de completar un nuevo consentimiento.

Servicios que no son de emergencia fuera del horario de atención

Pacientes tienen acceso a servicios fuera del horario de atención con proveedores de Langley Health Services en guardia las 24 horas del día, siete días de la semana, por un servicio de recepción de llamadas, con llamar al (352) 793-5900. Para renovar sus medicamentos, favor de contactar su farmacia o Langley Health Services en horarios de servicio. Para servicios de emergencia, llame al 911 o recurra al hospital más cercano.

Aviso de política con respecto a Directivas Avanzadas (solo para pacientes mayores de 18 años de edad)

Directivas Avanzadas son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico deseado o no deseado en caso de que un individuo es incapaz de tomar decisiones así como quién está autorizado para hacerlas. Directivas avanzadas están fabricadas y atestiguadas antes de lesiones graves.

Conforme con la legislación federal y estatal, esto sirve como notificación de que se destinará su directiva avanzada en caso de que tenga un evento en una de las localidades de Langley Health Services y será trasladado a un nivel superior de atención. Al firmar abajo, usted acepta y entiende esto como notificación. Favor de indicar a continuación si usted tiene una directiva avanzada o si le gustaría recibir información sobre las directivas avanzadas.

- Tengo una directiva avanzada.
- No tengo una directiva avanzada.
- Me gustaría recibir información sobre las Directivas Avanzadas.

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.

Para beneficiarios de Medicare (SÓLO PARA LOS PACIENTES CUBIERTOS POR MEDICARE)

Certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago en el título XVIII de la ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier sostenedor de mi información médica a liberar a la administración de la Seguridad Social, sus intermediarios o empresas, la información necesaria para esto o para una reclamación de Medicare relacionada. Solicito hacer pago o beneficios autorizados en mi nombre. Yo cedo los beneficios pagados por servicios médicos o autorizo tal médico u organización para presentar una reclamación a Medicare y solicitud de pago de beneficios de seguro médicos a la parte que acepta la asignación. Permito una copia de esta autorización para ser utilizada en lugar de la original, mientras reciba servicios en LHS. Entiendo que soy responsable por mi monto de co-seguros cubiertos por Medicare. Entiendo que el deducible de la parte B no se aplica a los servicios de FQHC; sin embargo, al recibir servicios no cubiertos por FQHC, seré responsable por el deducible de la parte B. He completado una copia del cuestionario del pagador secundario de Medicare(MSP).

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Cuando se revoque el consentimiento, solo afectará mi información médica a partir de ese momento.

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: |

HISTORIAL MÉDICO DE ADULTOS

Entregue esta página al miembro del equipo del personal clínico

| | | | | | | | |
|---|----------|--|-------|---|---|--|--|
| Nombre del Paciente: | | | | | Fecha de Nacimiento: | | |
| HISTORIAL MÉDICO | | | | | INFORMACIÓN FAMILIAR | | |
| | Paciente | Madre | Padre | Hermano/ Abuelo | Padre: Viviendo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ | | |
| Tiroides | | | | | Mamá: Viviendo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ | | |
| Diabetes | | | | | Hermanos cuantos: Viviendo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Alta presión sanguínea | | | | | Niños cuantos: Viviendo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Cardiopatía | | | | | | | |
| Carrera | | | | | ALERGIAS (enumere todas las conocidas) | | |
| Nefropatía | | | | | | | |
| Enfermedad del hígado | | | | | | | |
| Enfermedad mental | | | | | | | |
| Glaucoma | | | | | | | |
| Cataratas | | | | | CIRUGÍAS (enumere todas las conocidas) | | |
| Epilepsia | | | | | | | |
| Osteoporosis | | | | | | | |
| Asma | | | | | | | |
| EPOC | | | | | | | |
| Migraña | | | | | | | |
| VIH / SIDA | | | | | | | |
| Cáncer | | | | | | | |
| Otro | | | | | | | |
| SOLO PARA MUJERES | | | | SOLO PARA HOMBRES | | | |
| Fecha de la última menstruación: | | | | Fecha de la última prueba de próstata: | | | |
| Fecha de la última prueba de Papanicolaou: | | | | Fecha del último anuncio de servicio público: | | | |
| Fecha de la última mamografía: | | | | Fecha de la última colonoscopia / sigmoidoscopia: | | | |
| ¿Estás tomando anticonceptivos actualmente? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, escriba: | | | | | |
| Fecha de la última colonoscopia / sigmoidoscopia: | | | | | | | |
| FACTORES DE RIESGO | | | | | | | |
| El consumo de tabaco? Actual <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> | | | | El consumo de drogas? Actual <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> | | | |
| Consumo de alcohol? Actual <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> | | | | Comportamiento de alto riesgo de VIH? Sí No | | | |
| Uso de cafeína: ¿cuántas tazas al día? | | | | Ejercicio: ¿cuántas veces por semana? | | | |
| Dormir, ¿cuántas horas al día? | | | | Uso diario de aspirina? Sí No | | | |
| Uso del cinturón de seguridad? Sí No | | | | Exposición al sol? Sí No | | | |

Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente

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 las plan 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.