

Información del Paciente: <i>Apellido</i>		<i>Primer Nombre</i>		<i>No. Seguro Social</i>	
<i>Domicilio</i>		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>
<i>Dirección Postal</i>		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>
<i>Teléfono de Domicilio</i>	<i>Teléfono Celular</i>	<i>Correo Electrónico</i>		<i>Fecha de Nacimiento</i>	
No. Miembros en el Hogar	Cabecera de Familia	Nivel de Ingreso		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

Aseguranza Principal	# ID	# Grupo	Nombre del Asegurado		
Parte Responsable: <i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>		<i>No. Seguro Social</i>		
<i>Domicilio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>	
<i>Dirección Postal</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>	
<i>Teléfono de Domicilio</i>	<i>Teléfono de Empleo</i>	<i>Correo Electrónico</i>		<i>Fecha de Nacimiento</i>	
<i>Nombre de Empleador</i>		<i>Dirección de Empleador</i>			
Relación a la Parte Responsable		Estado Civil		Idioma Principal	
<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado			

Raza

Asiático Nativo Americano/Alaska Afro-Americano Nativo Hawaiano/Polinesia Blanco

Es usted SI NO

Hispano/Latino? SI NO

Es usted veterano? SI NO

Usted fuma? SI NO

Algunas de las preguntas a continuación pueden resultarle incomodas pero sus respuestas honestas ayudaran a Desert Senita a proveer un mejor y personalizado servicio para usted. Al responder estas preguntas, nos ayudara a calificar los recursos que respaldan los servicios que proveemos para usted.

Orientación Sexual:	Identidad de Género:	Sexo Asignado al Nacer:
<input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otro/Variante de Genero/Intersexual	<input type="checkbox"/> No Revelar
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Transgenero Masculino/Femenino-a-Masculino	
<input type="checkbox"/> Cuestionando	<input type="checkbox"/> Transgenero Femenino/Masculino-a-Femenino	
<input type="checkbox"/> No Revelar	<input type="checkbox"/> No Revelar	

¿Por cuál pronombre prefiere que se dirijan a usted? Ella El Ellas/Ellos Zie/Hir Otro: _____

Contacto de Emergencia: <i>Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Teléfono de Domicilio</i>	<i>Teléfono de Empleo</i>
--	-----------------	------------------------------	---------------------------

AUTORIZACION Y ASIGNAMIENTO

Yo voluntariamente doy mi consentimiento al cuidado de paciente ambulatorio en Desert Senita Community Health Center y/o Dental Center (DSCHC/DSDC), abarcando rutina, cirugía menor, procedimientos de diagnóstico y/o dental. Comprendo que la compañía aseguradora que he enlistado será cobrada por mis servicios. Asigno pagos de la compañía aseguradora sean dirigidos hacia DSCHC y/o DSDC. Comprendo que no todos los servicios podrían ser cubiertos y que seré responsable financieramente del balance no cubierto por mi aseguranza. Comprendo que cualquier sobrepago en mi cuenta será reembolsado de manera oportuna. El proveedor que me atienda (Doctor, Asistente Medico Certificado, Enfermera Avanzada Registrada o Dentista) puede revelar cualquier información necesaria a Medicare, Medicaid o la tercera parte responsable financieramente. Esta autorización y asignación puede ser revocado por mí en cualquier momento por escrito.

Signature _____

Date _____

Historial Medico

de Seguro Social _____
 # de Record Medico _____
 Nombre de el Paciente _____
 Direccion _____ Fecha de Nacimiento _____ M/ F _____ Estado Civil _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Ocupacion _____
 # de Telefono _____ #Telefono de Trabajo _____
 Nombre de Aseguranza _____ #ID _____ # Grupo _____ # De Telephone _____

Ingresos Hospitalarios y Enfermedades Cronicas:

Año	Enfermedad / Cirujia	Año	Enfermedad / Cirujia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Año de la ultima vacuna y/o prueba

Tetano _____	Rectal / Fecal _____	Influenza (Gripe) _____
Hepatitis A _____	Prueba de Tuberculosis _____	Hepatitis B _____
Prueba de PSA _____	_____	Colesterol _____
Examen Dental _____	Colonoscopia _____	Otro _____
	Examen Visual _____	Neumonia _____

Lista de todos los medicamentos que esta tomando actualmente: (Por favor incluya cualquier medicamento de venta libre, vitaminas, suplementos).

Lista de Alergias

Historial Medico: (Por favor marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disminucion Auditiva | <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipacion | <input type="checkbox"/> Sentimientos de insignificancia |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oidos | <input type="checkbox"/> Diverticulosis <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Infeccion en los Oidos - Frecuente | <input type="checkbox"/> Heces con sangre o alquitranadas | <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> paperas |
| <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Sarampion aleman |
| <input type="checkbox"/> Perdida de la Vista | <input type="checkbox"/> Victima de abuso | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C u otro |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmision sexual | Problemas para orinar |
| <input type="checkbox"/> Vision doble o borrosa | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Noche > dos veces |
| <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz - recurrente | <input type="checkbox"/> Perdida de peso <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Mas de 8 veces / 24 horas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Urgencia para orinar |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta- Frecuente | <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre | <input type="checkbox"/> Disminucion de fuerza al orinar/ flujo doloroso |
| <input type="checkbox"/> Ronquera – prolongada | <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Fatiga cronica | <input type="checkbox"/> Incontinencia de esfuerso- con la perdida de orina |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones <input type="checkbox"/> infecciones de orina frecuente |
| <input type="checkbox"/> Neumonia / pleuresia | <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Embolia | Por favor, Ponga la cantidad diaria |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis / tos cronica | <input type="checkbox"/> Manos temblorosas | <input type="checkbox"/> Alcohol _____ <input type="checkbox"/> Cafe _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma / silbido al respirar | <input type="checkbox"/> Entumecimiento / Hormigueo | <input type="checkbox"/> Fuma _____ paquetes por dia _____ años |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar: | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | Años de no fumar _____ |
| <input type="checkbox"/> Haciendo fuerza <input type="checkbox"/> recostado | <input type="checkbox"/> Artritis / Reumatismo | <input type="checkbox"/> Ejercicio _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda - recurrente | <input type="checkbox"/> Drogas _____ |
| <input type="checkbox"/> Murmullo en el Corazon | <input type="checkbox"/> Fractura de hueso / Lesiones en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Tatuajes <input type="checkbox"/> Perforaciones |
| <input type="checkbox"/> Tobillos inchados | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Perdida de cabello <input type="checkbox"/> Progresiva |
| <input type="checkbox"/> Pulso irregular <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Dolor de pies <input type="checkbox"/> Gota (hacido urico elevado) | <input type="checkbox"/> Reciente |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas- al caminar | <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Psoriasis | Mujeres – Por Favor de Completar |
| <input type="checkbox"/> Varices/ flebitis | <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Eczema | Flujo Menstrual: |
| <input type="checkbox"/> Pies entumidos | <input type="checkbox"/> Dificultad concentrandose o para dormir | <input type="checkbox"/> Reg <input type="checkbox"/> Irreg <input type="checkbox"/> Dolor / Colicos |
| <input type="checkbox"/> Perdida de apetito | <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Nerviosismo | Dias de Flujo _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Agitacion <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | Duracion de el ciclo ____ |
| <input type="checkbox"/> Agruras <input type="checkbox"/> Ulcera peptica | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | |
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal- cronico | <input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vesicula biliar | | |
| <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Cirrosis | | |

- Dolor / sangrado durante o depues del sexo
- Numero de embarazos:
- Embarazos _____ Abortos _____
- Vivo _____

Metodo Anticonceptivo:

- Sofocos Menopausia
- Fecha de la ultima papanicolau _____
- Normal Anormal
- Examen de pechos autoexamen de mama

Fecha de mamografia _____

- Normal Anormal
- Hombres- Por Favor de Completar**
- Ultimo examen testicular _____
- Autoexamen testicular
- secrecion del pene

Historial Familiar: Coloque la relación de el miembro de la familia en la línea a la derecha del término médico.

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 1. Epilepsia _____ | 9. Anemia _____ | 17. Alcolismo _____ |
| 2. Migraña _____ | 10. Sangra Facilmente _____ | 18. Hepatitis _____ |
| 3. Enfermedad Mental _____ | 11. Osteoporosis _____ | 19. Cancer (tipo) _____ |
| 4. Glaucoma _____ | 12. Artritis _____ | 20. Alzheimer's _____ |
| 5. Diabetes _____ | 13. Enfermedades del corazon _____ | 21. Lupus _____ |
| 6. Enfermedad de tiroides _____ | 14. Embolia _____ | 22. Otros _____ |
| 7. Fiebre del heno _____ | 15. Hipertension _____ | |
| 8. Ashma _____ | 16. Colesterol _____ | |

Por Favor, añada cualquier informacion adiccional que ayudara a su proveedor con su tratamiento medico.

Por favor seleccione

- ¿Tiene un testament vital?.....SI NO
- ¿Necesita información sobre testamento vital?SI NO

Firma de el Proveedor _____ Fecha _____

Firma de el Proveedor _____ Fecha _____

Firma de el Paciente _____ Fecha _____

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Como paciente usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad y consideración; incluyendo el reconocimiento de creencias y valores personales.
- Recibir cuidados en un entorno y ambiente comprometido con la seguridad del paciente.
- La privacidad y confidencialidad.
- La coordinación y continuidad de su atención médica.
- Conocer la identidad de sus proveedores, enfermeros y otros involucrados en su cuidado.
- La información presentada en términos que usted entienda, incluyendo el tratamiento y opciones de cuidado.
- Estar involucrado en decisiones sobre su plan de cuidado médico.
- Acceso razonable al cuidado de salud.
- Acceso de registros de salud según la política y procedimiento del centro de salud.
- Ser escuchado si problemas, quejas o reclamos surgen y a no sufrir represalias.
- Ser informado de cargos por servicios como también opciones de pago.
- Cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados.
- No ser sujeto a abuso, negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso sexual, agresión sexual, control o aislamiento (excepto como permitido bajo la regulación R-10-1012(B) del AZDHS).
- No ser sujeto de apropiación indebida de propiedad personal y privada por miembros del personal, empleados, voluntarios o estudiantes.

Como paciente usted tiene la responsabilidad de:

- Proveer la información medica completa a su proveedor de cuidado médico y reportar cualquier cambio en su salud.
- Hacer preguntas para que usted tenga un claro entendimiento.
- Tomar decisiones informadas.
- Entender sus problemas de salud y seguir los planes e instrucciones acordadas para su cuidado.
- Reconocer el impacto de sus decisiones de estilo de vida en su salud.
- Cumplir con sus citas, reprogramar en un tiempo oportuno o cancelar sus citas dentro de 24 horas de la hora programada.
- Respetar los derechos, privacidad y confidencialidad de otros pacientes y personal de la clínica.
- Aceptar obligaciones financieras y entender los beneficios de su aseguranza medica.
- Informarle a su proveedor sobre su testamento en vida, carta poder médica o alguna otra directiva que pueda afectar su cuidado.
- Ser fotografiado una vez y que su fotografía sea guardada en su expediente por motivos de identificación o:
- Estar preparado para mostrar una identificación con fotografía en cada visita para pacientes de 18 años en adelante.

Firma del Paciente

Fecha

Su firma indica que ha recibido una copia de sus derechos y responsabilidades.

Notificacion de Recibido de Practicas de Privacidad

Yo, _____,
(Nombre impreso del paciente or tutor legal)

Recibi la Notificacion de Practicas de Privacidad Depate de Desert Senita Community Health Center.

X _____ Fecha _____
(Firma del paciente o tutor legal)

ó

En lugar de la firma del paciente _____,

Empleado de Desert Senita Community Health Center, afirma

(Nombre impreso del paciente o tutor legal)

Se le ha dado la Notificacion de Practicas de Privacidad.

X _____ Fecha _____
(Firma del empleado)

AVISO DE PRIVACIDAD

(ESTE AVISO INDICA DE QUÉ MANERA SE PODRÁ USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, DENTAL Y DE SALUD MENTAL, Y CÓMO PODRÁ USTED TENER A DICHA INFORMACIÓN. LE ROGAMOS QUE LO LEA CON CUIDADO.)

Fecha efectiva es el 23 de septiembre de 2013 (revisado 01 de mayo de 2014)

QUIÉN SEGUIRÁ LAS NORMAS DE ESTE AVISO:

Este aviso describe las normas de Desert Senita Community Health Center (DSCHC) referente al uso de la información sobre su salud y las normas de:

- cualquiera de los profesionales de la salud que cuente con autorización para anotar información en su ficha médica, dental o de salud mental.
- todos los departamentos y unidades de DSCHC.
- cualquier participante en un grupo de voluntarios/estudiantes designado por nosotros para ayudarle a usted cuando está en nuestras instalaciones.
- todos los empleados, personal contratado y otro personal de DSCHC.
- todas las entidades afiliadas, oficinas e instalaciones de DSCHC se regirán por las condiciones indicadas en este aviso.
- Además, dichas entidades afiliadas, oficinas e instalaciones podrán compartir información de salud entre sí para fines de tratamiento, pago y otros fines de cuidado de la salud descritos en este aviso.

NUESTRA PROMESA REFERENTE A LA INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que es asunto personal la información sobre usted y su salud. Es importante proteger su información médica. Guardamos información sobre la asistencia y los servicios que usted recibe. Necesitamos esta información para poder proporcionarle asistencia médica de buena calidad y también para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a toda la información que se genera en DSCHC sobre sus cuidados de salud, ya sea información anotada por los profesionales médicos o por otro personal.

Este aviso le indicará las maneras en las cuales podremos usar y revelar información sobre su salud. Podemos revelar su información, de acuerdo con la necesidad, verbalmente, por transmisión electrónica, por escrito o por fax. También le indicamos sus derechos y obligaciones relacionadas con el uso y revelación de la información sobre su salud.

La ley exige que:

- Mantengamos privada la información sobre la salud de cada persona;
- Le proporcionemos este aviso que le indica nuestras obligaciones legales y normas de privacidad relativas a la información sobre su salud; y
- Sigamos las condiciones del aviso en vigor.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU ASISTENCIA Y SU SALUD Indicamos a continuación algunos ejemplos de cómo usaremos y revelaremos la información protegida sobre su salud. Se nos permite hacer uso y revelar su información una vez que usted haya firmado un consentimiento. Estos ejemplos no cubren todos los casos posibles, pero sí describen los usos y revelaciones generales que podemos efectuar después de que usted haya firmado un consentimiento.

I. USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD, BASADOS EN SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO:

- **Para fines de tratamiento.** Se anotará en su ficha médica y se usará la información obtenida por una enfermera, un profesional de la salud u otro miembro del equipo que cuida su salud, para poder determinar el tratamiento que sea mejor para usted. Podremos revelar información sobre su salud a otras personas para que le proporcionen algún

tratamiento, como por ejemplo otro profesional médico, un farmacéutico, y otras personas involucradas en su asistencia en DSCHC. También podremos revelar la información protegida de su salud a otro profesional médico fuera de DSCHC (por ejemplo un especialista o un laboratorio) para que éste colabore con los profesionales de DSCHC a proporcionarle un diagnóstico o un tratamiento.

- **Para fines de pago.** Podemos usar y revelar la información protegida sobre su salud para fines de facturar y cobrar. Por ejemplo, puede ser necesario proporcionar información sobre su asistencia a su seguro médico para procurar pago por los servicios proporcionados. También podremos facilitar a su seguro o plan médico información sobre un tratamiento o servicio que su médico ordenó con el fin de obtener su autorización previa o para saber si su seguro médico cubre dicho tratamiento o servicio.
- **Para fines de operaciones.** Podemos usar y revelar la información protegida sobre su salud, cuando sea necesario, para realizar nuestras actividades comerciales. Dichas actividades abarcan, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, evaluaciones del rendimiento de los empleados, capacitación de estudiantes de medicina, obtención de licencias, y/o llevar a cabo o contratar servicios para otras actividades comerciales.

Otros ejemplos de operaciones podrían ser:

- Usar en la recepción una lista en la cual usted pondrá su nombre cuando llega.
- Llamarle por su nombre en la sala de espera cuando el médico está listo para atenderle.
- Podríamos contactarle (por teléfono o correo) para recordarle de su cita.

Compartiremos la información protegida sobre su salud con “afiliados comerciales” independientes quienes realizan actividades en nombre de DSCHC. Cuando un contrato entre un afiliado comercial y nosotros abarca usar o revelar la información protegida sobre su salud, exigiremos un contrato por escrito que incluye cláusulas que protegen la privacidad de su información. Algunos ejemplos de afiliados comerciales serían servicios de interpretación de rayos X, laboratorios que llevan a cabo pruebas bajo contrato, servicios de transcripción médica, servicios que copian expedientes médicos, e instalaciones donde se guardan expedientes médicos.

II. OTROS USOS Y REVELACIONES PERMITIDOS QUE SE PODRÁN HACER CON SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y OPORTUNIDAD PARA OBJETAR.

Podremos usar y revelar la información protegida sobre su salud en los casos que se indican a continuación. Usted podrá estar de acuerdo u objetar al uso o revelación de toda o parte de la información protegida sobre su salud.

- **Individuos involucrados en su asistencia médica o el pago de su asistencia.** A no ser que usted presente alguna objeción por adelantado, podremos revelar información protegida sobre su salud a un amigo o pariente involucrado en su asistencia médica. Si usted no puede expresar su acuerdo o su objeción, podremos revelar la información que opinemos sea necesario cuando decidamos que sirva mejor a los intereses de usted, en base a nuestro juicio profesional. También podremos facilitar información a alguien que ayuda a pagar los gastos de su asistencia. Además, podremos revelar información protegida sobre su salud a una entidad autorizada que ayuda en casos de desastre. Podremos permitirles a parientes o amigos recoger recetas médicas, suministros médicos, radiografías, y otra información de naturaleza similar, cuando decidamos que sirva mejor a los intereses de usted, en base a nuestro juicio profesional.
- **Emergencias.** Podemos usar y revelar la información protegida sobre su salud para tratamiento en una emergencia si usted no puede dar su consentimiento. Si esto ocurre, intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea razonable después del tratamiento. Si la ley nos exige tratarle y no podemos obtener su consentimiento, todavía podremos usar o revelar la información protegida sobre su salud con el fin de tratarle.
- **Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y revelar la información protegida sobre su salud, cuando sea necesario, para proporcionarle información sobre las alternativas para su tratamiento y otras ventajas y servicios que están disponibles desde DSCHC que le podrían interesar. También podemos enviarle información sobre productos o

servicios que opinamos podrían serle de beneficio. Usted puede solicitar a nuestro Oficial de Privacidad que no le enviemos dichos materiales.

- **Actividades recaudación de fondos.** Podremos usar y revelar su información demográfica con el fin de ponernos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos patrocinadas por nuestra clínica. Si no desea recibir estos materiales, le rogamos que se ponga en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para que no le enviemos dichos materiales.

III. OTROS USOS Y REVELACIONES PERMITIDOS QUE SE PODRÁN HACER SIN SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y OPORTUNIDAD PARA Oponerse.

- **De acuerdo con la ley.** Cuando las leyes federales, estatales o locales nos lo exijan, revelaremos la información protegida sobre su salud.
- **Investigación.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud a investigadores siempre y cuando una junta institucional de investigación haya aprobado la propuesta para el estudio en cuestión y cuando la junta haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información protegida sobre su salud. Por ejemplo, para un estudio podríamos repasar los expedientes médicos de todos nuestros pacientes que tuvieran ciertos tipos de condiciones médicas.
- **Riesgos a la salud pública.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud para actividades que tienen que ver con la salud pública. Dichas actividades generalmente abarcan:
 - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - Informar sobre fallecimientos;
 - Informar sobre abuso o negligencia hacia los niños;
 - Informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - Avisar a personas sobre avisos de productos defectuosos;
 - Avisar a una persona que haya sido expuesta a una enfermedad o que esté en peligro de contraer una enfermedad o condición o contagiar a otras personas;
 - Avisar a la autoridad apropiada si opinamos que una persona haya sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Compensación al trabajador.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud para compensación al trabajador y otros programas similares. Estos programas ofrecen prestaciones en casos de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Médicos forenses, directores de funerarias, y donación de órganos.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud a un médico forense para ayudar a que se identifique el fallecido o para determinar la causa del fallecimiento. Podremos revelar la información protegida sobre su salud a un director de funeraria cuando sea necesario para que lleve a cabo sus tareas. Si usted es donante de órganos, podremos revelar la información protegida sobre su salud a entidades que adquieren órganos y otras entidades involucradas en la adquisición, almacenamiento o transporte de órganos para fines de donación y trasplante de tejidos.
- **Militares y veteranos.** Si usted es militar, podremos revelar la información protegida sobre su salud si lo requieren las autoridades militares con derecho de mando.
- **Actividades de supervisión.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud a una entidad que regula los servicios de salud para aquellas actividades que autorice la ley. Algunos ejemplos de regulación serían: auditorías, investigaciones, inspecciones, y obtener licencias. Dichas actividades son necesarias para que el gobierno vigile al sistema de asistencia médica, los programas del gobierno, y el cumplimiento con las leyes sobre los derechos civiles.
- **Procedimientos legales.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud si existe una citación judicial, una solicitud de información legal, y otros dictámenes legales de un juez o un tribunal administrativo (siempre que dicha citación o solicitud cuente con autorización específica).
- **Hacer cumplir la ley.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud si nos lo pide un oficial de ley de orden pública como parte de su trabajo; en investigaciones sobre conducta penal o víctimas de delitos; con una orden judicial; en emergencias; o cuando nos lo exija la ley.
- **Encarcelados.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud si usted está encarcelado y su médico generó o recibió información protegida sobre su salud para prestarle asistencia.

- **Servicios de protección del Presidente, seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Podremos revelar la información protegida sobre su salud a oficiales federales con autorización para que protejan al Presidente, a otras personas autorizadas, o a jefes de estado extranjeros, o para que puedan llevar a cabo investigaciones especiales, o para fines de inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades para la seguridad nacional autorizadas por la ley.

IV. USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD, BASADOS EN SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. Para casos no mencionados en este aviso o las leyes pertinentes, usaremos y revelaremos la información protegida sobre su salud sólo con autorización suya. Si usted nos da permiso para usar o revelar la información protegida sobre su salud, podrá revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito. Si revoca su autorización, a partir de esa fecha no usaremos ni revelaremos la información protegida sobre su salud por los motivos indicados en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos deshacer las revelaciones de información que ya se hayan llevado a cabo con su consentimiento, y que la ley nos obliga a retener el historial de la asistencia que le hemos proporcionado.

Se requiere autorización para: más usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de marketing y revelaciones que constituyen una venta de información de la salud protegida.

SUS DERECHOS REFERENTES A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Aunque su expediente médico es propiedad física de DSCHC, la información le pertenece a usted. Tiene los derechos indicados a continuación en cuanto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **El derecho de inspeccionar y copiar.** Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información sobre su salud que se podría usar para tomar decisiones sobre su asistencia. Por lo general, esto abarca anotaciones médicas, dentales, de recetas y para facturar, pero no incluye anotaciones de psicoterapia. Para inspeccionar y obtener una copia de la información médica que se podría usar para tomar decisiones respecto a usted, deberá presentar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección indicada a continuación. Si usted solicita una copia de la información, podremos cobrar una cuota para cubrir los gastos de copiar, enviar por correo y otros gastos relacionados con su solicitud. Podremos negar su solicitud de inspeccionar y copiar el expediente bajo circunstancias muy limitadas. Si negamos su petición, usted puede solicitar que otra persona decida sobre la misma. Otro profesional médico con licencia evaluará su solicitud y nuestra respuesta negativa. La persona que lleva a cabo la evaluación no será la misma que la negó. Cumpliremos con la decisión final.
- **El derecho de enmendar.** Si usted opina que la información médica que tenemos sobre usted es errónea o incompleta, podrá solicitar que se enmiende la información. Tiene el derecho de solicitar una enmienda en cualquier momento durante el tiempo que se guarda la información. Para solicitar una enmienda deberá hacerlo por escrito al Oficial de Privacidad. Además, deberá indicar el motivo en que se basa su solicitud. Podremos negar su solicitud si no viene por escrito o si no incluye un motivo. Además, podremos negar su solicitud si usted pide que enmendemos información que:
 - No fue creado por nosotros;
 - No es parte de la información médica mantenida por Desert Senita Community Health Center;
 - No es parte de la información que sería permitido inspeccionar y copiar; o
 - Sea precisa y completa.
- **El derecho a una rendición de cuentas.** Tiene el derecho de solicitar una “rendición de cuentas” de cuándo y a quién hemos revelado información. Es una lista de las veces que hemos revelado su información médica. Para solicitar esta lista o rendición de cuentas, deberá presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. En su solicitud, deberá indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años y que no incluye fechas anteriores al 14 de abril del 2003. Podrá
-

solicitar gratis una lista cada 12 meses. Podremos cobrarle por listas adicionales. Le avisaremos del costo y en ese momento usted podrá retirar o modificar su solicitud antes de incurrir los gastos.

- **El derecho a solicitar límites.** Tiene el derecho de solicitar que limitemos la información protegida sobre su salud que usamos o revelamos para fines de tratamiento, pago y operaciones. También tiene el derecho de solicitar que limitemos la información sobre su salud que facilitamos a alguien involucrado en su asistencia o el pago de la misma, como por ejemplo un pariente o un amigo. No estamos obligados a conceder su solicitud, con una excepción*. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a no ser que la información se necesite para tratarle en caso de emergencia. Para solicitar un límite, deberá pedirlo por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección indicada a continuación. En su solicitud, es importante indicar:
 - Qué información quiere limitar;
 - Si quiere limitar el uso por parte de nosotros de la información, la información que revelamos a otras entidades, o las dos cosas; y
 - Quién debe respetar los límites solicitados.
 - Excepción: Si usted paga de manera directa (con efectivo, tarjeta de crédito, etc.) por los servicios otorgados, y si nos pide que no se comparta la información sobre dichos servicios con representantes de su seguro médico, estamos obligados a cumplir con su petición.
- **El Derecho de solicitar comunicación confidencial.** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de cierta manera o a cierta dirección. Por ejemplo, podrá pedir que sólo le contactemos en el trabajo, o por correo. Para solicitar comunicación confidencial, deberá pedirlo por escrito al Oficial de Privacidad. No le preguntaremos el motivo de la solicitud. Cumpliremos con toda solicitud razonable. Su solicitud deberá indicar cómo o dónde quiere que nos pongamos en contacto con usted.
- **El derecho a una copia escrita de este aviso.** Tiene el derecho de obtener una copia escrita de este aviso en cualquier momento. Podrá solicitar en cualquier momento una copia del aviso sobre la privacidad en vigor. Podrá solicitarla en la Oficina de Registración o al Oficial de Privacidad.
- **Notificación de Incumplimiento.** La violación es, por lo general, un uso o divulgación no permitida bajo la Regla de Privacidad, que pone en peligro la seguridad o privacidad de la información de salud protegida (PHI) tal que el uso o divulgación entraña un riesgo significativo de recursos financieros, de reputación, o otro daño al afectado. Si se produce una infracción, se le notificará que la violación ocurrió no más tardar 60 días después de la ocurrencia.

MODIFICACIONES DE ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar el aviso modificado a la información que guardamos sobre usted y la información que recibiremos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual. La notificación contendrá la fecha en la parte superior de la primera página.

QUEJAS

Si usted opina que se hayan contravenido sus derechos a la privacidad, podrá presentar su queja a Desert Senita Community Health Center o gratis al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos al teléfono 1-877-696-6775. Para presentar su queja a Desert Senita Community Health Center, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad en la dirección o teléfono indicado a continuación. Todas las quejas deberán presentarse por escrito. No recibirá usted ninguna sanción por haber presentado una queja.

CONTACTO:

Si tiene alguna duda sobre este aviso, rogamos se ponga en contacto con el

Oficial de Privacidad – Desert Senita Community Health Center | 410 Malacate Street. | Ajo Arizona 85321 | (520) 387 5651