



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE (LETRA DE IMPRENTA)

Fecha de Hoy:		Número de Seguro Social:	
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Teléfono de Casa: ()
Dirección:			Teléfono de Celular: ()
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono del Trabajo: ()
Correo Electrónico:			Fecha de Nacimiento Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Si menor de 18 años, Nombre de Padre/Madre/Guardián:			Número de Teléfono: ()
¿Cómo se enteró acerca de nuestro Centro de Salud: <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Hospital Novant <input type="checkbox"/> Hospital Sentara <input type="checkbox"/> CSB <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Escuelas <input type="checkbox"/> Organización Local <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro: _____			

CONTACTO DE EMERGENCIA [EN CASO DE EMERGENCIA, LA PERSONA QUE PODEMOS CONTACTAR]

Primer Nombre y Apellido: _____
Número de Teléfono: _____
RELACION CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro: _____

DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE (CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS)

Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Amerindio/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Lengua Preferida: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Lenguas Eslavas <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Niego Responder <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latina(o) <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latina(o) <input type="checkbox"/> Prefiero No Reportar		
¿Es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabajador Temporal en el Área? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Situación Actual de Vivienda? <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Rentando <input type="checkbox"/> Viviendo con Familia <input type="checkbox"/> Viviendo con Amigos <input type="checkbox"/> Albergue/Refugio <input type="checkbox"/> Hogar de Transición <input type="checkbox"/> Viviendo en Auto <input type="checkbox"/> Viviendo en la Calle <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Estado Civil? <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
¿Tiene Empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Empleador: _____	

INFORMACION DEL SEGURO [SI NO TIENE SEGURO, OMITA ESTA SECCION]

Nombre del Seguro: _____ _____	Número de ID del Seguro: _____ Número del Grupo: _____	Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____
---	---	--



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

A todos los pacientes se les pide leer, poner sus iniciales y cumplir con las pólizas del Centro a continuación. Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras pólizas, por favor pida hablar con nuestro Gerente de la Oficina.

Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente

Entiendo que como paciente del Centro toda la información recibida será confidencial en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996. Yo reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro.

Iniciales Del Paciente: _____

Las expectativas de citas:

Favor de llegar 30 minutos antes de su cita para registrarse . Todos los pagos se esperan en el momento del servicio. Avise a algún miembro del personal de cualquier cambio en su información para asegurarnos de que tenemos la información más actualizada en su cuenta. Asegúrese de que usted proporcione en el momento de la visita identificación apropiada , documentos requeridos, y tarjetas de seguro (si las hay). Los menores de edad deben estar acompañados por un adulto en todo momento.

Iniciales Del Paciente: _____

Confirmación de Citas

Su cita debe ser confirmada 48 horas antes de la cita programada. Si el Centro no puede confirmar su cita, será cancelada. Haremos todo lo posible para reprogramar su cita dependiendo de la disponibilidad de su proveedor.

Iniciales Del Paciente: _____

Llegada Tarde

Los pacientes **que lleguen** a la recepción **más de 10 minutos después de su cita programada**, no serán vistos. **Haremos todo lo posible para reprogramar su cita, dependiendo de la disponibilidad de su proveedor.**

Iniciales Del Paciente: _____

Póliza de Cancelación

Los Pacientes que tengan que cancelar o cambiar una cita pueden hacerlo llamando al Centro o dejando un mensaje al 703-680-7950. **Cancelaciones requieren 48 horas de previo aviso.** Los mensajes de voz dejados 48 horas de anticipación serán suficientes como notificación al Centro. Si no cancela su cita con previo aviso dará lugar a un **“no show”** en su expediente. **Cuando acumula dos “no shows” solo podrá ser visto sin cita previa.** Pacientes enfermos se verán en orden de llegada sin cita: en Woodbridge y Manassas, de 8:00am a 10:00am para niños y adultos enfermos; en Dumfries de 8:00am a 3:30pm para niños, adultos enfermos y exámenes de rutina.

Iniciales Del Paciente: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Consentimiento para el Tratamiento

Al firmar abajo, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a los proveedores del Centro y su personal para llevar a cabo cualquier exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos, así como proporcionar cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesaria para evaluar eficazmente y mantener mi salud, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que, con exclusión de las emergencias o circunstancias extraordinarias, es la responsabilidad de los proveedores de atención de salud que me expliquen el tratamiento y las razones de cualquier diagnóstico, examen, prueba o procedimiento, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y consecuencias y beneficios anticipados asociados con estas opciones, así como tratamientos alternativos.

Derecho a rechazar tratamiento: Al dar mi consentimiento general al tratamiento, entiendo que conservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o que se considere necesario por razones médicas de los proveedores de atención de la salud. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantías de los resultados de mi evaluación y/o tratamiento.

Firma: _____
Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián Fecha

Pruebas de VIH, Hepatitis B y C

En el caso de que el personal del Centro se ponga en contacto con los fluidos de mi cuerpo o de mis hijos, doy consentimiento para la prueba del VIH, Hepatitis B y C.

Firma: _____
Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DEL MENOR

Yo doy consentimiento para que _____ solicite servicios (médicos, dentales, terapia mental) como indicado abajo a mi niño(a) _____ por uno de los proveedores del Centro.

(nombre de la persona acompañando al niño(a)/s)

(Nombre del niño/a)

Este consentimiento es válido entre las fechas de _____ hasta _____.

(fecha)

(fecha)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en caso de que se la acción autorizada se haya realizado. Entiendo que esta Autorización de Tratamiento le autoriza a este individuo acceso completo al expediente médico de mi niño(a).

- _____ Visita de enfermedad
- _____ Servicio de Emergencia
- _____ Vacunas

Entiendo que uno de los padres/guardian necesita estar presente en la primera visita en el Centro, independientemente de la razón por la cual sea la visita.

- _____ Tratado Preventivo
- _____ Examen Dental, Rayos-X o Limpieza
- _____ Extracción Dental
- _____ Servicios de Salud Mental

Si el proveedor determina que la persona autorizada es incapaz de proporcionar la información suficiente durante la visita, el proveedor tiene el derecho de parar la cita, y reprogramarla de manera que los padres o guardian estén presente.

CONTACTO DE INFORMACION: En caso que el proveedor desee hablar con los padres/guardian directamente:

Teléfono: Madre: _____ Padre: _____ Guardian: _____

Proporcione el número, la descripción y la fecha de vencimiento del documento de identificación que la persona autorizada usará para ser identificada.

_____	_____	_____
(Número)	(Descripción)	(Fecha de expiración)
EJEMPLO:		
_____	_____	_____
12345	Licencia de conducir	01-31-2019
(Número)	(Descripción)	(Fecha de expiración)
_____	_____	_____
(Nombre del Padre/Madre/Guardián legal)	(Firma)	(Fecha)



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

PERMISO PARA DIVULGAR EL INTERCAMBIO DE INFORMACION

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

El Centro crea y recibe los registros confidenciales con respecto a su salud, mientras esté bajo nuestro cuidado. El Centro no entrega sus archivos confidenciales a cualquier individuo u organización (incluyendo miembros de la familia), sin su autorización por escrito. Esta póliza incluye el consentimiento por escrito para que sea referido(a) a un especialista fuera de nuestro Centro.

- Doy mi consentimiento para la entrega y el intercambio de archivos confidenciales a todas las personas y organizaciones que lo soliciten.
- Doy permiso al proveedor para ver mi historial de medicamentos de fuentes externas.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de documentos confidenciales, medicinas, y prescripciones a las personas citadas y de las siguientes organizaciones : _____

Firma: _____

Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián

Fecha

Ley Federal requiere que obtengamos su permiso para contactarnos con usted por teléfono o dejar mensajes.

Por favor revise las siguientes declaraciones y marque la opción adecuada. Este formulario se mantendrá en su archivo. Si desea revocar este permiso, se requiere que la solicitud sea por escrito.

- Puedo NO Puedo ser llamado al teléfono de casa/celular.
- Puedo NO Puedo ser llamado en el trabajo.
- Puedo NO Puedo recibir un correo electrónico.

Los Empleados de El Centro Pueden NO Pueden dejar mensajes al teléfono de casa/celular.

Los Empleados de El Centro Pueden NO Pueden dejar mensajes al teléfono de trabajo.

Los Empleados de El Centro Pueden NO Pueden discutir estado de mi cuenta con mi cónyuge, familiar, o pareja. Autorizo solo a las personas mencionadas : _____

Los Empleados de El Centro Puede o NO Pueden discutir de mis resultados médicos con mi cónyuge, familiar, o pareja. Autorizo solo a las personas mencionadas : _____

Firma: _____

Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián

Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Consentimiento del Portal del Paciente

El Centro le pide que lean y firmen este formulario de permiso para obtener acceso a sus archivos personales de salud mediante nuestro sitio de web, por el Portal del Paciente. El Centro provee este Portal del Paciente para el uso exclusivo de pacientes ya establecidos, con el fin de mejorar las comunicaciones entre el paciente y el proveedor(a). Todos los que usan este portal, deben de ser pacientes establecidos por cita previa.

Nos esforzamos para mantener toda la información en sus archivos correctos y completos. Si usted ve que parte de su archivo está incorrecto, usted queda de acuerdo de notificarnos inmediatamente. Además, al usar este portal, usted queda de acuerdo de no proveer información falsa o información engañosa. La información en este sitio es mantenida por el Centro en la 4379 Ridgewood Center Drive, Suite 102, Woodbridge, Virginia 22192. Para preguntas sobre este sitio, usted puede contactarnos al 703-680-7950. Nosotros proveemos información limitada en el internet sobre su cuidado de salud, referente a la revisión de resultados de laboratorio, medicamentos, pedido de renovación de recetas médicas, y envío de mensajes a nuestro personal. **El Centro no provee servicios de emergencia a los usuarios a través del Portal del Paciente en el sitio de web. Si usted cree que tiene una emergencia u otro asunto urgente, debería ir a la Sala de Emergencias más cercana.** Para pacientes ya establecidos, tenemos doctores de turno por la noche y los fines de semana que pueden ser contactados llamando a nuestra oficina durante las horas que estamos cerrados.

El Centro les informa que:

- Toda comunicación por internet con nuestro personal es registrada en su archivo médico.
- Miembros de nuestro personal, que no es su proveedor(a), podrán recibir sus mensajes y enviarlos al doctor(a), enfermera o a la administración, de ser necesario.
- Nuestras horas de operación en Manassas y Woodbridge son los lunes y los miércoles de 8:00am-7:00pm, y los martes, jueves y viernes de 8:00am-4:30pm. Horas de operación en Dumfries son de lunes a Viernes de 8:00 am a 4:30 pm. Les invitamos a usar el sitio de web a cualquier hora. Sin embargo, los mensajes serán guardados hasta que regresemos el próximo día hábil. Mensajes normalmente son respondidos entre 1-2 días hábiles. Si usted no recibe respuesta en dos días hábiles, por favor llame a nuestra oficina usando el número de arriba.
- Los tipos de transacciones disponibles en línea son: mensajes a personal clínico de la oficina, la revisión de citas pendientes, listas de medicamentos, pedidos de renovación de medicamentos, resultados de laboratorio, estado de cuenta de pacientes, historial médico y actualización de información de contacto.

Yo reconozco que leí y entendí completamente toda la información en este formulario y los riesgos asociados con las comunicaciones por internet, entre mi proveedor(a) y yo y doy permiso a las condiciones detalladas en ésta. Este formulario se aplica a todo mis familiares que están establecidos como pacientes del Centro. Este permiso se mantendrá vigente hasta que el paciente lo cancele.

Firma del Paciente (En nombre de la familia) _____

Fecha: _____

Modificada: 01/31/2019



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

El pago se debe hacer en el momento del servicio. El pago puede hacerse en efectivo o tarjeta de crédito. No se aceptan cheques. Cualquier cargo, deducible, coseguro o copago se paga al momento del servicio.

RESPONSABILIDAD DE PAGO: El suscrito asume la responsabilidad de cumplir con el pago de la cuenta de acuerdo con las tarifas y los términos del Centro, si firmó como paciente o garante, sea con **seguro o sin seguro**. Como el suscrito, yo entiendo que: (a) mi seguro, si lo hay, es un contrato entre mi persona y la compañía de seguros, excepto en ciertos casos en los que el Centro tiene un contrato específico con mi PPO, HMO u otro pagador terciario. El Centro no determina ni explica si los servicios serán cubiertos por mi seguro; eso es entre el seguro y yo; (b) entiendo, además, que el saldo restante, después que el de seguro apruebe o niegue el pago, es mi responsabilidad de pagar; si la compañía de seguro niega un reclamo de algún servicio for cualquier motivo, ya sea en el momento del servicio o después de recibir servicio, yo asumo total responsabilidad del pago de acuerdo con términos y tarifas estandar del Centro; (c) si yo no estoy con la capacidad de pagar las tarifas estandar por los servicios proporcionados, ya sea con seguro o sin seguro, yo puedo aplicar al programa de Escala de Descuento del Centro.

En el caso de que los cargos no sean pagados en su totalidad, con o sin seguro, y la cuenta fuese enviada a colección ya sea por una agencia de cobros, un abogado o ambos, me comprometo a ser responsable y pagar, además de los cargos por los servicios y el trato recibido, todos los costos asociados razonables con dicha actividad de colección, incluyendo, pero no limitado, a gastos de colección razonables, honorarios de abogados, y gastos de la corte.

Por la presente autorizo al Centro para dar toda la información médica a todas mis compañías de seguros, otros pagadores terciarios, incluyendo Medicare o sus agentes, o de la Administración del Seguro Social, como puede ser requerido o solicitado para el procesamiento de las reclamaciones de seguros, el seguro social, discapacidad o compensación, Worker's Compensation, u otros propósitos de las seguranzas.

AUTORIZACION PARA PAGAR LOS BENEFICIOS DE SEGUROS

Por la presente autorizo el pago de cualquier seguro u otros beneficios médicos directamente al GPW Health Center. El suscrito, tras haber leído y comprendido el acuerdo, acepta la responsabilidad financiera de este acuerdo.

Firma: _____
Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

PACIENTE NO ASEGURADO QUE NO ES ELEGIBLE PARA DESCUENTO

El Centro requiere por las normas del Gobierno Federal de solicitar información personal y documentación para validar el **tamaño actual de la familia** y el **ingreso bruto** con el fin de determinar la elegibilidad del paciente para el Programa de Escala de Descuentos (PED).

Con la firma abajo, usted confirma y entiende que:

- (a) no califica para el PED basado en los datos personales y la documentación aportada
- o
- (b) decidió no aplicar para que el PED.

En cualquier caso, **el paciente es responsable por el 100% de los costos financieros de los servicios de salud recibidos** en el Centro, incluyendo, y no limitado a visitas de oficina, procedimientos médicos, exámenes médicos, y/o servicios de laboratorio.

Para recibir una cita con su proveedor de salud hoy, **usted esta de acuerdo de pagar un depósito de \$120.**

Usted entiende que el **pago de \$120 es solo un depósito.**

El costo total de su visita no podrá ser determinado hasta que usted sea visto por su proveedor de salud. Usted acepta la responsabilidad del costo total.

Si el proveedor de salud determina que procedimientos y/o laboratorios son necesarios, usted será responsable por el costo adicional de cualquier procedimiento o laboratorios.

Usted acepta y se hace responsable de los cargos que sobrepasen el deposito inicial de \$120 a ser facturados directamente a usted, el paciente y pagado por usted, el paciente.

Si los cargos fuesen menos de \$120, la diferencia quedará como un crédito en su cuenta.

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento y solicitar el PED; sin embargo, si decide solicitar el programa y califica para un descuento, **el descuento no es retroactivo.**

Nombre

Fecha de hoy

Firma



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

MEDICAMENTOS

Por favor escriba todos los medicamentos que está tomando:

Medicamento	Dosis	Como lo Toma	Frecuencia

ALERGIAS

Por favor liste todas las alergias

Alergias	Alergias	Alergias

Historial Medico Anterior

Tiene o a Tenido Antes:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohm
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Colitis
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Coto	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal o Péptica
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Problemas en el Corazón	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

HISTORIA FAMILIAR

Por favor liste su historia familiar:

	Si vive	Si Vive	Si Fallecio	Si Fallecio
	Edad (es)	Salud y Psiquiatría	Edad al Fallecer	Causa
Padre				
Madre				
Hermanos/Hermanas				
Hijos				

CIRUGIAS

Por favor liste cirugías que ha tenido, incluyendo el año y mes:

Cirugías	Mes	Año	Frecuencia

HISTORIA SOCIAL

Usted Usa?

Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Drogas Recreacionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado Civil:	Ocupación:	

Nombre

Fecha de hoy

Firma



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACION. FAVOR DE REVISARLA DILIGENTEMENTE.

Propósito

GPW Health Center, ("CENTRO"), y su personal profesional, empleados, y voluntarios se adhieren a las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso. Este Aviso, el cual fue preparado para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), describe en general las diferentes maneras en que su información médica protegida ("IMP") puede ser utilizada y divulgada para que el CENTRO pueda proporcionarle a usted tratamiento médico, para que pueda cobrar el pago por los servicios que usted recibió por parte del CENTRO, y para facilitar las operaciones del CENTRO para la atención de su salud. HIPAA define la IMP como la información médica personal que se encuentra en sus expedientes médicos y de cobranzas que están relacionados con sus condiciones de salud física o mental actuales o pasadas o las provisiones de pago para los servicios obtenidos relacionados con dichas condiciones de salud. Durante el curso de tratamiento, las actividades de operaciones de pago o de atención a la salud, esto puede incluir información creada o recibida por los profesionales de la salud, empresas de seguros y/o su empleador.

Sus derechos de información sobre la salud

Usted cuenta con los siguientes derechos con respecto a la información sobre su salud. Para poder validar cualquiera de los derechos que a continuación se definen, usted debe presentar una solicitud por escrito. Los formularios están disponibles en nuestro sitio en Internet, <http://www.gpwhealthcenter.org>, o llamando a la Oficina de Privacidad del CENTRO al teléfono (703) 680.7950 (ext. 3107).

- **Derecho a recibir una copia de este aviso.** Usted puede obtener una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si se le ha proporcionado una copia electrónica. Para obtener una copia de este Aviso usted no tendrá que presentar una solicitud por escrito. Las copias de este Aviso en papel pueden obtenerse en la recepción. Usted puede obtener una copia electrónica de este aviso en nuestro sitio de Internet: <http://www.gpwhealthcenter.org>.
- **Inspeccionar y copiar.** Usted puede inspeccionar y/o recibir una copia de la IMP que de usted mantiene en el CENTRO. Es posible que el CENTRO le cobre una cuota razonable por copiar su información. En ciertas situaciones que son definidas por la ley, el CENTRO puede negar su solicitud, pero usted tiene el derecho de pedir revisión de esta negación presentada en la notificación escrita.
- **Solicitar restricción.** Usted puede solicitar que haya límites a la manera en que el CENTRO utiliza o divulga su IMP. El CENTRO no está obligado a acceder a su solicitud. Si el CENTRO accede a su solicitud, el CENTRO cumplirá con su solicitud a menos que sea necesaria la divulgación o el uso para poder proporcionarle tratamiento de emergencia o si así lo indica la ley.
- **Solicitar una enmienda.** Debe solicitar una enmienda de su registro médico al Oficial de Privacidad del CENTRO por escrito. Debe de dar una razón por ello. EL CENTRO puede negar la solicitud si: no es hecha por escrito, si no da una razón para ello, si la información a ser enmendada no fue creada por el CENTRO (a menos que el individuo o la entidad que creó la información no existe), si la información no es parte del IMP mantenida por el CENTRO, si la información no es parte del IMP que usted puede inspeccionar o copiar, y/o si la IMP que mantiene CENTRO de usted esta correcta y completa. Si usted no está de acuerdo con la negación del CENTRO, usted tiene el derecho de entregar una carta escrita de su desacuerdo.
- **Recibir comunicaciones confidenciales.** Usted puede solicitar que las comunicaciones del CENTRO relacionada con su IMP le sean proporcionadas de determinada manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, es posible que prefiera recibir correspondencia de su IMP en una dirección diferente a su dirección normal de correo. Usted deberá especificar como y dónde desea ser contactado(a).
- **Reporte de divulgaciones.** Usted puede solicitar una lista de divulgaciones realizadas por el CENTRO de su IMP a personas o entidades para propósitos que no sean tratamiento, pagos u operaciones, o de acuerdo con su autorización específica. Esta lista incluirá cada divulgación que el CENTRO haya efectuado durante los últimos seis (6) años, mas no antes del 14 de abril de 2003. Si usted presenta más de una solicitud en un periodo de 12 meses, es posible que CENTRO le cobre una cuota razonable para cubrir el costo.
- **Violación de Privacidad.** En el evento de la violación de su privacidad, el CENTRO tomará medidas requeridas por la ley, incluyendo evaluación de riesgos y notificaciones apropiadas, y le informará de pasos que debe tomar para protegerse de posibles riesgos.

Responsabilidades del CENTRO

La ley obliga al CENTRO a mantener la privacidad de su IMP, de acuerdo con leyes federales y estatales, y a proporcionarle a usted un aviso sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad con relación a su IMP. El CENTRO debe adherirse a las condiciones de este aviso mientras el mismo se encuentre en efecto. Si el CENTRO enmienda este Aviso, el CENTRO seguirá las condiciones del Aviso enmendado mientras se encuentre vigente.

Modificada: 01/31/2019



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Uso y divulgación de su IMP

A continuación presentamos una lista de las diferentes maneras en que el CENTRO puede utilizar y divulgar su IMP. No se ha podido incluir cada uso o divulgación posible en cada sección. Sin embargo, todas las formas en las que el CENTRO tiene permitido utilizar o divulgar su PMI entran en alguna de las secciones que aparecen en letra sombreada.

- **Tratamiento.** El CENTRO podrá utilizar su IMP para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. El CENTRO podrá divulgar su IMP a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y otros miembros de su equipo de atención a la salud en el CENTRO para mantenerles informados sobre el estado de su condición o sus cuidados conforme sea necesario. Por ejemplo si un médico lo está tratando para diabetes, es posible que necesite decirle a la dietista que usted tiene diabetes para que reciba las alimentos adecuados. El CENTRO también podrá divulgar su IMP a personas fuera de CENTRO que puedan estar involucradas en su atención médica, tales como proveedores de salud que lo estarán atendiendo después de su hospitalización, organizaciones de terapia física, proveedores de equipo médico o laboratorios. Se requiere su consentimiento para usar y divulgar sus registros de sicoterapia. A partir de Marzo del 2013, registros de vacunas de estudiantes pueden ser divulgados sin autorización.
- **Pago.** El CENTRO podrá utilizar o divulgar su IMP para obtener pago por parte de su empresa de seguros o de terceros. Por ejemplo, es posible que el CENTRO tenga que proporcionar información sobre el tratamiento que recibió usted para una infección de oídos para que su seguro de salud nos pague o le reembolse a usted. El CENTRO también podrá divulgar su IMP a otros proveedores de atención a la salud para obtener pago de su aseguradora o de terceras personas. Usted puede pedir que su plan de salud no reciba información de su tratamiento si usted paga éste en efectivo.
- **Operaciones de atención a la salud.** El CENTRO podrá utilizar y divulgar su información médica privada para operaciones de rutina de atención a la salud. Las operaciones de atención a la salud del CENTRO incluyen, pero no se limitan a, revisar la calidad de lo proporcionado por profesionales de la salud; obtener seguro de gastos médicos o seguro de responsabilidad del empleador; realizar servicios legales y de auditoría; llevar a cabo actividades de planificación y desarrollo de negocios; actividades de manejo de riesgo e investigaciones; y manejo del negocio y actividades administrativas en general del CENTRO. El CENTRO también podrá divulgar su IMP a sus otros proveedores de atención a la salud para ayudarles en sus operaciones de atención a la salud.
- **Citas y alternativas.** El CENTRO podrá utilizar y divulgar su información médica para ponerse en contacto con usted para recordatorios de citas, recordatorios de surtido de medicinas, para información sobre manejo de las enfermedades o programas de bienestar, y otro tipo de comunicación relacionada con el manejo de su caso o la coordinación de los cuidados de su salud.
- **Asociados comerciales.** El CENTRO podrá divulgar su IMP a los asociados comerciales del CENTRO para llevar a cabo el tratamiento, los pagos y otras operaciones de atención a la salud. Estas entidades serán requeridas por ley de proteger su IMP.
- **Médicos forenses, investigadores y directores de funerales.** El CENTRO podrá divulgar IMP a un investigador o médico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte, o si de otra manera lo permite la ley. El CENTRO podrá también divulgar IMP de pacientes del CENTRO a directores de funerarias de ser necesario para que cumplan con sus deberes.
- **Reformatorios o instituciones correccionales.** Si usted es recluso de una institución correccional, o si se encuentra bajo custodia de un oficial de la ley, el CENTRO podrá divulgar su IMP a la institución correccional o al oficial de la ley. Para proveerle a usted con atención a la salud, para proteger su salud y su seguridad, o la salud y la seguridad de otros, o para la seguridad de la institución correccional o de oficiales de la ley.
- **Esfuerzos de Asistencia por Desastres.** El CENTRO puede usar o divulgar su IMP a autoridades privadas o públicas autorizadas para asistir a esfuerzos en caso de desastres.
- **Actividades de Regulación Médica.** El CENTRO podrá divulgar su IMP a una agencia o entidad de regulación médica de actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciatura.
- **Beneficios y servicios relacionados con la salud.** El CENTRO podrá utilizar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle a usted. El CENTRO también podrá utilizar su IMP para otorgarle un regalo promocional de valor nominal.
- **Individuos que participan en su cuidado de salud o en los pagos para su cuidado.** El CENTRO podrá divulgar su IMP a algún familiar, otros parientes o amigo personal que participe en su atención médica o a alguien que ayude a pagar por sus cuidados de salud, si la IMP es relevante a la participación de dicha persona en sus cuidados, a menos que usted nos indique lo contrario.
- **Aplicación de la Ley.** El CENTRO podrá divulgar su IMP para propósitos de aplicación de las leyes, tan como la ley lo requiere o en respuesta a un citatorio válido.



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

- **Demandas y disputas.** El CENTRO podrá divulgar su IMP por una orden judicial o administrativa. Además, El CENTRO podrá divulgar su IMP como respuesta a un citatorio válido, una solicitud de descubrimiento legal o para otro proceso legal, siempre y cuando se hayan realizado todos los esfuerzos para informarle a usted acerca de dicha solicitud para obtener una orden que proteja la información solicitada, tal como lo requiera la ley.
- **Donantes de Organos, Ojos, o Tejido.** Si usted es un donante de órganos, el Centro puede divulgar su IMP a la entidad a la cual usted ha decidido donar sus órganos.
- **Actividades de Salud Pública.** Tal como lo requiera la ley, El CENTRO podrá divulgar su IMP para actividades de salud pública que incluyen, pero no se limitan a la prevención de enfermedades, lesiones o incapacidades, reporte de nacimientos y muertes; reporte de abuso o negligencia infantil; reporte de reacciones a medicamentos o problemas con productos; aviso de revocaciones; control de enfermedades infecciosas; aviso a autoridades gubernamentales sobre sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica. El CENTRO podrá divulgar secciones de su IMP a programas de registro local, estatal y/o federal como sea requerido.
- **Investigación.** El CENTRO podrá divulgar su IMP a investigadores cuando la investigación haya sido aprobada legalmente y se hayan establecido los protocolos para asegurar la privacidad de su IMP.
- **Actividades Gubernamentales Especializadas.** Cuando sea necesario, el CENTRO puede usar IMP de individuos de las Fuerzas Armadas: (1) para actividades determinadas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas; (2) para el propósito de una determinación de elegibilidad de beneficios por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos; o (3) a una autoridad militar extranjera si usted es miembro de un servicio militar extranjero.
- **Amenaza Seria a la Salud o a la Seguridad.** El CENTRO podrá utilizar o divulgar su IMP cuando el CENTRO lo considere necesario para evitar una amenaza seria para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona.
- **Compensación de Obreros.** El CENTRO podrá divulgar su IMP al programa de compensación de obreros o programas similares hasta el punto necesario de cumplir con las leyes relacionadas con compensación de obreros o programas similares.
- **Registro de Asistencia.** El CENTRO puede usar hojas de registro de asistencia en la recepción. El CENTRO puede llamar su nombre en la sala de espera cuando su proveedor(a) de cuidado de salud está listo(a) para verlo(a).
- **Recordatorios de Citas.** El CENTRO puede contactarlo para recordarle de citas programadas o servicios o tratamientos sugeridos.

Autorización por escrito

Excepto como se describe anteriormente, el CENTRO no utilizará ni divulgará su IMP a menos que usted autorice al CENTRO por escrito a realizarlo, en la forma proporcionada por el CENTRO. Usted podrá revocar cualquier autorización anterior por escrito. Una revocación por escrito no aplicará a ningún uso o divulgación anterior de información protegida hecha de buena fe y bajo una autorización anterior. El CENTRO tiene una Forma de Autorización y una forma de Revocación de Autorización disponible en nuestro sitio de Internet, <http://www.gpwhealthcenter.org> o contactando a la Oficina de Privacidad al teléfono (703) 680-7950, extensión 3107.

Cambios a este Aviso

El CENTRO se reserva el derecho de cambiar este Aviso y de hacer entrar en vigor el Aviso revisado sobre la IMP que el CENTRO tiene suyo, así como para la información que el CENTRO reciba en el futuro. Una copia del Aviso vigente, o un resumen del Aviso vigente serán publicados en todos los sitios de servicio al paciente del CENTRO, así como en nuestro sitio en internet www.gpwhealthcenter.org. La fecha de validez del aviso aparecerá en la primera página del Aviso o del resumen. Además, cada vez que usted se registre o sea visto en cualquier entidad afiliada al CENTRO para recibir tratamiento o servicios de atención a la salud como paciente internado o ambulatorio, el CENTRO le proporcionara, a petición suya, una copia del Aviso actual vigente.

Reclamos

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, usted podrá presentar un reclamo con la Oficina de Privacidad del CENTRO al (703) 680-7950, extensión 3107 o con el Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. Todos los reclamos deben ser entregados por escrito. **Usted no recibirá ninguna penalidad ni represalia de ninguna manera por presentar un reclamo.**

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso o de sus derechos de privacidad, o si desea obtener una forma para ejercer sus derechos como se describe anteriormente, comuníquese con la Oficina de Privacidad de El CENTRO al teléfono (703) 680-7950, extensión 3107.

Modificada: 01/31/2019



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

PACIENTE NO ASEGURADO QUE NO ES ELEGIBLE PARA DESCUENTO

*** copia del paciente ***

El Centro requiere por las normas del Gobierno Federal de solicitar información personal y documentación para validar el **tamaño actual de la familia** y el **ingreso bruto** con el fin de determinar la elegibilidad del paciente para el Programa de Escala de Descuentos (PED).

Con la firma abajo, usted confirma y entiende que:

(a) no califica para el PED basado en los datos personales y la documentación aportada

o

(b) decidió no aplicar para que el PED.

En cualquier caso, **el paciente es responsable por el 100% de los costos financieros de los servicios de salud recibidos** en el Centro, incluyendo, y no limitado a visitas de oficina, procedimientos médicos, exámenes médicos, y/o servicios de laboratorio.

Para recibir una cita con su proveedor de salud hoy, **usted esta de acuerdo de pagar un depósito de \$120.**

Usted entiende que el **pago de \$120 es solo un depósito.**

El costo total de su visita no podrá ser determinado hasta que usted sea visto por su proveedor de salud. Usted acepta la responsabilidad del costo total.

Si el proveedor de salud determina necesarios procedimientos y/o laboratorios, usted será responsable por el costo adicional de cualquier procedimiento o laboratorios.

Usted acepta y se hace responsable de los cargos que sobrepasen el deposito inicial de \$120 a ser facturados directamente a usted, el paciente y pagado por usted, el paciente.

Si los cargos fuesen menos de \$120, la diferencia quedará como un crédito en su cuenta.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento y solicitar el PED; sin embargo, si decide solicitar el programa y califica para un descuento, **el descuento no es retroactivo.**

Nombre

Fecha de hoy

Firma