

## Registración del Paciente

Información del Paciente					
Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Sufijo	
Dirección				Apt/Suite No.	
Ciudad		Estado	Código Postal		Condado
Teléfono Celular		Teléfono #2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Correo Electrónico	
Nos permite mandarle un texto a su celular con información o recordatorio de su cita?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nos permite mandarle un correo electrónico para informes o recordatorios de su cita?	
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tutor Legal Principal (Cualquier paciente menor de 18 años debe tener un tutor legal)					
Yo soy: <input type="checkbox"/> Paciente (si tiene 18 años o más) <input type="checkbox"/> Padre Con Custodia <input type="checkbox"/> Guardian					
Apellido		Primer Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento del padre/tutor
					Sufijo
Dirección			Ciudad		Estado
					Código Postal
Correo Electronico		Teléfono Celular		Teléfono #2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Tutor Legal Secundario (Cualquier paciente menor de 18 años debe tener un tutor legal)					
Yo soy: <input type="checkbox"/> Paciente (si tiene 18 años o más) <input type="checkbox"/> Padre con custodia <input type="checkbox"/> Guardian					
Apellido		Primer Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento de padre/tutor
					Suffio
Dirección			Ciudad		Estado
					Código Postal
Correo Electronico		Teléfono Celular		Teléfono #2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
A otros se les permite traer al niño para recibir tratamiento					
Relación con el paciente					
Apellido		Primer Nombre		Inicial	Sufijo
Dirección			Ciudad		Estado
					Código Postal
Correo Electronico		Teléfono Celular		Teléfono #2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Contactos de Emergencia					
A quién llamaríamos en caso de que no pueda o necesite ayuda mientras está aquí o si tuviéramos información importante sobre su salud y no pudiéramos comunicarnos con usted?					
Nombre		Relación	Teléfono		
Nombre		Relación	Teléfono		
Para ayudarnos a comprender nuestra población de pacientes y los factores que pueden afectar su salud, responda lo siguiente: (Todas sus respuestas se mantienen confidenciales)					
Raza <input type="checkbox"/> Optar por no revelar <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Native American/Alaskan <input type="checkbox"/> Asiático		Idioma primordial si no es inglés: Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Servicio Militar (Se refiere al Paciente) Es used un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Etnicidad/Origen Étnica <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Optar por no revelar		Tamaño de la Familia: _____ Ingreso del Hogar: _____ <input type="checkbox"/> Optar por no revelar			
Orientación sexual de paciente <input type="checkbox"/> Optar por no revelar <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Otro			Identidad de género del paciente <input type="checkbox"/> Optar por no revelar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer ransgénero/Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Mujer a Hombre		
Empleo Agricultura: Ha trabajado ahora o en el pasado como trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Optar por no revelar			Situación de la vivienda (últimos 12 meses): _____ <input type="checkbox"/> Optar por no revelar (casa, con familiares/amigos, refugio, personas sin Hogar, etc.)		
Información de a seguridada			Información de a seguridada secundaria		
<input type="checkbox"/> Yo tengo seguridada médica <input type="checkbox"/> Yo no tengo Seguro medico <input type="checkbox"/> Yo tengo Seguro dental (mirar información abajo) <input type="checkbox"/> Yo quisera aplicar para descuento					

Nombre de compañía de seguros:	Nombre de compañía de seguros:
Nombre de asegurado:	Nombre de asegurado:
Numero de Póliza:	Numero de Póliza:
Dirección de envío de a aseguradora:	Dirección de envío de a aseguradora:
Número de Seguro Social del Asegurado:	Número de Seguro Social del Asegurado:
Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Fecha de Nacimiento del Asegurado:
Lugar de empleo del asegurado:	Lugar de empleo del asegurado:
<p><b>Divulgación De Información/Responsabilidad Financiera</b></p> <p>Yo autorizo al Centro de Salud CommuniCare (CCHC) que comparta mi historial medico u otra información necesaria para procesar todos los reclamos a mi Seguro de gastos medicos. Yo autorizo pagos del seguro directos a CCHC. Estoy de acuerdo y soy responsable de los pagos de servicio no pagados por el seguro, al igual que los deducibles, u otros pagos necesarios. Estoy consciente que al fallar a no pagar se podrán terminar los servicios que la clinica me prove. Copia de este document es válido al igual que la original. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mi en escrito.</p>	
<p><b>Intercambio de información de salud (H.I.E)</b></p> <p>Los centros de salud de CommuniCare participant en intercambios de información de salud. Esto permite que su información médica sea compartida de forma segura con hospitals y otras organizaciones de salud. Este intercambio de información permite una calidad de atención más segura y eficiente cuando visita organizaciones de atención médica fuera de los centros de CommuniCare. Usted tiene las opciones para no beneficiarse de participar en los intercambios de información de salud.</p> <p><b>Por favor, seleccione uno:</b> <input type="checkbox"/> Optar – out</p>	

### Atención Pacientes de Medicare/ Medicaid

Medicare solo cubre vacunas contra la influenza, neumococos y hepatitis B. Si usted tiene cobertura de Medicare, usted debe pagar en su totalidad por cualquier otra vacuna que usted elija recibir en nuestro centro. No facturamos el seguro para los servicios de salud conductual, except cuando Medicare o Medicaid es el pagador primario. Si usted tiene cualquier otro seguro que será aceptado como un paciente de pago privado para la salud conductual, incluso si Medicaid es su seguro secundario.

### Credit Card Information & Authorization

Para mejorar la conveniencia de sus servicios, los centros de salud de CommuniCare pueden cargar los servicios prestados a la tarjeta de crédito registrada anteriormente proporcionando su autorización a continuación:

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a los Centros de Salud CommuniCare a cargar mi tarjeta de crédito utilizando la información anterior. Entiendo que la información de mi tarjeta se guardará en un archivo para usarla en transacciones futuras en los Centros de Salud CommuniCare.

Tipo de tarjeta:  MasterCard  VISA  Discover  AMEX  Otro:

Nombre de titular de la tarjeta (como se muestra en la tarjeta):

Número de tarjeta:

Fecha de vencimiento de la tarjeta:

CVV:

Código postal de facturación:

### Consentimiento para Recibir Servicios

#### Leído por el paciente o por el representante legal del paciente/padre:

Los centros de Salud CommuniCare (CCHC) brindan servicios sin importar raza, lugar de residencia, religion, ingreso, sexo, edad, lugar de origen, color, preferencia sexual, o preferencia del uso de anticonceptivos. Estoy de acuerdo al tratamiento medico, tratamiento dental, historial de prescripciones electrónicas y la evaluación diagnostica para mí o para el paciente por el cual soy el padre o representante legal. Dental procedimientos incluyen, pero no están limitados a: exámenes, radiografías, limpiezas, tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (empastes), coronas, tratamientos de periodoncia (encías), tratamientos de conducto (canal de raíz), extracciones, y el uso de anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva el posible riesgo de hinchazón, hematomas, cambios en la percepción de dolor o adormecimiento prolongado. Este consentimiento se considerarse vigente a menos que sea revocado.

En caso de algún empleado de la clinica sea expuesto severamente a mi sangre o fluidos corporals, doy mi consentimiento a la prueba anónima de sangre que previamente proporcione para evidencia de transmission sanguínea de una infección viral. Estoy de acuerdo que exámenes para ciertas enfermedades transmisibles puedan ser reportadas a las agencias de salud pública, requerida por la ley.

Entiendo que tendré la oportunidad de discutir con mi proveedor de CCHC la naturaleza y el propósito de los tratamientos y procedimientos recomendados, al igual que métodos alternativos. Entiendo que este consentimiento es válido, a menos de ser anulado por escrito lo cual puede ser en cualquier momento.

**Firma de Autorización**

Firma del paciente o gurdían si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_

Relación con paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y EL CENTRO**

**Bienvenidos al Centro de Salud CommuniCare.** Como paciente usted tiene derechos y responsabilidades. El Centro también tiene derechos y responsabilidades. Nosotros queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que usted pueda ayudarnos a proveerle mejor servicio de salud. Por favor, lea y firme esta declaración y háganos cualquier pregunta que usted tenga.

### **A. Derechos Humanos:**

Tiene derecho a ser tratado con respeto independientemente de su raza, color, estado civil, religión, sexo, nacionalidad, ascendencia, impedimento o discapacidad física o mental, edad (mayor de 40 años) u otros motivos no permitidos por las leyes federales, estatales, y leyes o regulaciones locales

### **B. Pago por Servicios:**

1. Usted es responsable de brindarnos información precisa sobre su estado financiero actual y cualquier cambio en su estado financiero. Si sus ingresos son iguales o inferiores al 200% de las Pautas federales de ingresos por pobreza, es elegible para solicitar una tarifa con descuento.
2. Tiene derecho a recibir una explicación de la factura del Centro. Debe pagar todas las tarifas acordadas en su totalidad por los servicios de salud proporcionados por nuestro centro. Si no puede pagar las tarifas; Se pueden hacer arreglos de pago a discreción del Centro según la necesidad médica.
3. La ley federal nos prohíbe negarle los servicios de atención médica primaria, que son médicamente necesarios, únicamente porque usted no pagar por estos servicios de salud en el momento de su visita médica. Si en el caso de que no intente cumplir con su responsabilidad financiera, tenemos el derecho de discontinuar nuestros servicios. Seguirá siendo responsable de los saldos pendientes de su cuenta.

### **C. Privacidad:**

Tiene derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamiento sean privados. Sus registros médicos también son privados.

Solo las personas autorizadas legalmente pueden ver sus registros, a menos que usted solicite por escrito que se los mostremos o copiemos a otra persona. Se le brindará una descripción completa de sus derechos de privacidad junto con este documento y se denomina "Aviso de Prácticas de Privacidad". El Aviso de Prácticas de Privacidad establece la forma en que el Centro puede usar o divulgar sus registros médicos y los derechos que se le otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

### **D. Cuidado de la Salud:**

1. Usted es responsable de proporcionarnos información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, para que podamos brindarle la atención médica adecuada. Tiene derecho y se le anima a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Tiene derecho a recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que comprenda. Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluida la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; sus riesgos y peligros inherentes (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si las hay (y los riesgos y beneficios); y resultado esperado, si se conoce. Esta información se denomina obtener su consentimiento informado.
3. Tiene derecho a recibir información sobre las "instrucciones anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esa información con usted, se la proporcionaremos a su representante legalmente autorizado.
4. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo que incluye seguir las instrucciones del personal y hacer y cumplir con las citas programadas. Es posible que no podamos verlo a menos que tenga una cita.
5. Si es un adulto, tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida en que lo permitan las leyes y regulaciones aplicables. En este sentido, tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de rechazar dicho tratamiento o procedimientos. Usted es responsable del resultado de rechazar el tratamiento.
6. Tiene derecho a recibir atención y tratamiento clínicos que sean razonables para su afección y que estén dentro de nuestra capacidad; sin embargo, el Centro no es un centro de atención de emergencia. Tiene derecho a transferir la atención o ser derivado a otro centro para recibir servicios que no podemos brindar. No pagamos por los servicios que recibe fuera del Centro.

### **E. Reglas del Centro:**

1. Tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente el Centro y sus servicios. Usted es responsable de utilizar el Centro y los sitios de sus programas de manera adecuada. Si tiene preguntas sobre el uso de los servicios del Centro, pregunte.
2. Eres responsable de la supervisión de los niños que traes al Centro. Usted es responsable de su seguridad y la protección de otros clientes y nuestra propiedad.

3. Tiene la responsabilidad de cumplir con sus citas programadas. Las citas perdidas provocan retrasos en el tratamiento de otros pacientes. Si no puede asistir a su cita, comuníquese con la clínica un día hábil antes de la hora de su cita para cancelar.
4. Por favor, espere tres días hábiles para volver a surtir su receta. Comuníquese directamente con la farmacia para reabastecer sus recetas. Por favor, no espere hasta que se le acaben por completo sus medicamentos para solicitar resurtidos.
5. No somos responsables de los artículos personales del paciente y / o visitante dentro de las instalaciones de la clínica (instalaciones o estacionamientos). La clínica no se hace responsable por artículos personales extraviados, robados o extraviados.

**F. Quejas:**

1. Si no está satisfecho con nuestros servicios, envíe su queja por correo electrónico a [patientinquiry@communicaresa.org](mailto:patientinquiry@communicaresa.org).
2. El Centro no lo castigará, discriminará ni tomará represalias contra usted por presentar una queja válida; y continuará brindándole servicios.

**G. Terminación:**

Las razones por las cuales podemos terminar su relación con el Centro incluyen pero no se limitan a: (A) Incumplimiento de las reglas, (B) Incumplimiento persistente de las citas programadas, (C) Incumplimiento intencional de informar información precisa sobre su salud, (D) Incumplimiento intencional de su plan de atención médica, (E) manipulación de la prescripción de medicamentos, (F) Incumplimiento intencional de informar con precisión su estado financiero, (H) Incumplimiento del plan de pago. Si decidimos que debemos dejar de tratarlo como paciente, usted tiene derecho a recibir un aviso previo que explique el motivo de la decisión y se le otorgarán treinta (30) días para buscar otros servicios de salud. Tiene derecho a recibir una copia de la política de terminación del Centro.

El Centro mantiene **CERO TOLERANCIA** al abuso, acoso o violencia de cualquier tipo. Una persona que cause o amenace con causar abuso, acoso o violencia de cualquier tipo está sujeta a la terminación inmediata como paciente del Centro y la expulsión de las instalaciones del Centro.

**H. Apelaciones**

- Si el Centro le ha dado una notificación de terminación, tiene derecho a apelar la decisión.
- No existe un proceso de apelación para una terminación inmediata relacionada con abuso, acoso o violencia.

**Acuerdo de Cita Perdida**

A los pacientes médicos, dentales, de salud de la mujer, de salud conductual o de atención especializada que no asistan o reprogramen sus citas de acuerdo con las pautas de CommuniCare tres veces en un período de 12 meses, se cancelarán todas las citas existentes. Solo lo verán sin cita previa o el mismo día, según lo permita la programación. Los pacientes atendidos sin cita previa o el mismo día serán atendidos por cualquier proveedor disponible.

La cita Perdida se define como:

- No cancelar o reprogramar una cita al menos un día hábil antes de la hora programada para la cita (la cancelación y reprogramación deben realizarse durante el horario de la clínica), o
- No asistir a una cita programada

**Reconocimiento de la Revisión de los Derechos de Privacidad del Aviso, los Derechos y Responsabilidades del Paciente, y la Defensa de la Prevención de Infecciones**

He revisado el **Aviso de Derechos y Responsabilidades** del paciente de CommuniCare Health Centers, que describe mis derechos como paciente de CommuniCare Health Centers y define mis responsabilidades esperadas como paciente de CCHC. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de cualquiera o todos estos documentos.

**Firma del Acuerdo**

Firma del Paciente o Tutor si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL CLIENTE

Los clientes reciben una copia de este Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente en español e inglés al momento de firmar los Derechos y Responsabilidades del Centro y Pacientes del Centro y cuando lo soliciten.

A nuestros clientes:

*ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.*

Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por este Centro, ya sean hechos por el Centro o un proveedor asociado. Nuestras políticas sobre la protección de su información médica se extienden a todas las personas profesionales autorizadas que necesitan saber para brindarle atención. Las políticas se aplican a todas las áreas del Centro, incluido todo el personal del Centro, la recepción, la facturación y la administración. También se aplica a cualquier entidad o individuo con quien contratemos servicios, como proveedores de referencia.

### Su información médica protegida

Como nuestro paciente, creamos registros médicos y documentos en papel y electrónicos relacionados con usted y su salud, así como con la atención y los servicios que le brindamos. Necesitamos este registro para brindar continuidad en la atención y para cumplir con ciertos requisitos legales. Estamos obligados por ley a:

- Asegurarse de que la información médica protegida se mantenga privada,
- Proporcionarle este Aviso de derechos de privacidad del cliente, y
- Asegúrese de que la ley y sus derechos legales estén vigentes.

### CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PERSONAL

**Tratamiento.** Usamos información recopilada previamente sobre usted para brindarle tratamientos o servicios de atención médica actuales o futuros. Por lo tanto, Podemos, y muy probablemente los haremos, divulgar su información a médicos, enfermeras y otro personal de atención médica que este involucrado en su atención.

**Pago.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted con respecto a los servicios y procedimientos para que puedan ser facturados y recaudados de usted, su compañía de seguros o una entidad de reembolso de terceros, como Compensación Laboral.

**Usos operativos.** Podemos usar y divulgar su información médica para operar el Centro de manera eficiente y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban atención de calidad.

**Recordatorios de citas y recordatorios de pacientes.** Podemos usar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle sobre las citas o la atención médica que debe recibir.

**Entidades externas.** En una emergencia, Podemos divulgar información sobre usted a una entidad que ayude en casos de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

**El estudio.** Podemos participar en estudios sobre el uso de ciertos protocolos de tratamiento que cuentan con la debida aprobación gubernamental y del Centro. En ese caso, obtendríamos su consentimiento informado que identificará todos los aspectos de su participación, riesgos y beneficios y posibles divulgaciones.

**Requerido por la ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica a personas que necesitan saberlo cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud o la salud y seguridad de otros.

**Donación de órganos y tejidos.** Si es un donante de órganos, Podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención y el trasplante de órganos.

**Problemas y riesgos de salud pública.** Podemos reportar su información médica según lo requiera la ley o su autorización con respecto a ciertas condiciones de salud para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, nacimientos y muerte, abuso o negligencia de niños o ancianos, reacciones a medicamentos o productos, retiradas de productos y aviso de exposición a una condición.

**Victimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos divulgar su información médica a las fuerzas del orden público, al servicio social u otras agencias gubernamentales autorizadas para recibir el informe si tenemos motivos para creer que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Investigaciones y actividades gubernamentales.** Podemos divulgar su información de salud a una agencia local, estatal o federal para actividades de supervisión autorizadas por la ley que puedan estar relacionadas con inspecciones, licencias, conducta ilegal o cumplimiento de otras leyes y regulaciones, incluidas las leyes de derechos civiles.

**Demanda judicial y disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, Podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación, citación judicial u orden judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la acusación.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar, para identificar o localizar a un testigo sospechoso o una persona desaparecida, sobre una víctima de un crimen, sobre una muerte que creemos puede involucrar acciones criminales, conducta criminal en proceso, delitos en las instalaciones del Centro o situaciones de emergencia para informar un delito o detalles de un delito.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar su información médica a un médico forense o examinador médico o directores de funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

**Seguridad militar y nacional.** Si actualmente sirve en el ejército o es un veterano, podemos divulgar su información de salud al ejército cuando lo solicite. También Podemos divulgar su información a funcionarios federales que realicen actividades de inteligencia y seguridad nacional.



**Compensación al trabajador.** Podemos divulgar su información si así lo requieren las leyes de compensación de trabajadores y otras leyes y regulaciones similares..

#### **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

**Tienes derecho a:**

**Tienes derecho a Inspeccionar y copiar su información médica.** Puede solicitar revisar y obtener una copia de su información médica que el Centro conservará mientras la tenga. Si solicita revisar su información médica, el Centro determinará si le permite revisar parte o toda la información médica que solicitó. El Centro puede cobrar una tarifa por las copias que solicite. Haga esta solicitud por escrito al Gerente de Información de Salud del Centro.

**Modifique su información médica, si cree que es incorrecta o no está completa.** Puede solicitar que enmendemos la información médica que guarda el Centro. Si el Centro acepta su solicitud de enmendar su información médica, el cambio se convertirá en un documento permanente en su expediente médico. Haga esta solicitud por escrito al Gerente de Información de Salud del Centro.

**Solicitar un límite a la información médica que divulgamos.** Puede solicitar al Centro que no use ni divulgue su información médica. Su solicitud debe describir los límites específicos que solicita. El Centro puede rechazar su solicitud. Haga esta solicitud por escrito al Gerente de Información de Salud del Centro. Solicite una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica. Puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información médica que ha realizado el Centro. Esta lista no incluirá divulgaciones de rutina de su información médica para el tratamiento, pago u operaciones comerciales descritas anteriormente. Haga esta solicitud por escrito al Gerente de Información de Salud del Centro.

**Solicite nuestras comunicaciones confidenciales.** No divulgaremos su información médica excepto como se describe en este Aviso. Sin embargo, puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted por otros medios o en una dirección diferente o que limitemos el número o tipo de personas que tienen acceso a su información médica. Haga esta solicitud por escrito al Gerente de Información de Salud del Centro.

**Reciba una copia impresa de este Aviso de nuestra parte.** Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento.

#### **SU DERECHO A QUEJARSE**

**Quejas:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Centro o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito y todas las quejas serán investigadas.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

**Cambio's a Este Aviso.** Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Publicaremos una copia del aviso actual en el Centro con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Puede solicitar una copia del aviso actual cada vez que visite el Centro para recibir servicios o llamando al Centro y solicitando que se le envíe el aviso actual por correo.

**Iniciales del Paciente**\_\_\_\_\_