

# Información de inscripción del paciente

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? PERIÓDICO MEDIOS SOCIALES/BÚSQUEDA POR INTERNET REFERENCIA DEL SEGURO FAMILIARES/AMIGOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE							
NOMBRE (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)		No. del Seguro Social	FECHA DE NACIMIENTO	IDIOMA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA	SEXO: M F	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN FÍSICA (Si difiere de la dirección de facturación)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO DE LA CASA XXX-XXX-XXXX	TELÉFONO DEL TRABAJO XXX-XXX-XXXX		CELULAR XXX-XXX-XXXX		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)		
MÉTODO DE CONTACTO DE PREFERENCIA (Obligatorio) <small>Casa Trabajo Celular Correo electrónico Mensaje de texto</small>		ESTADO CIVIL			RAZA	ORIGEN ÉTNICO	
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA					TELÉFONO DE EMERGENCIA XXX-XXX-XXXX		
DIRECCIÓN			TELÉFONO NO.	OCUPACIÓN			
EMPLEADOR PRIMARIO				EMPLEADOR SECUNDARIO (Si corresponde)			
DIRECCIÓN				DIRECCIÓN			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO DEL TRABAJO	OCUPACIÓN		TELÉFONO DEL TRABAJO	OCUPACIÓN			
TITULAR DE PÓLIZA/AVAL (Si difiere del paciente)							
NOMBRE (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)		No. del Seguro Social	FECHA DE NACIMIENTO	IDIOMA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA	SEXO: M F	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN FÍSICA (Si difiere de la dirección de facturación)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO DE LA CASA XXX-XXX-XXXX	TELÉFONO DEL TRABAJO XXX-XXX-XXXX		CELULAR XXX-XXX-XXXX		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)		
MÉTODO DE CONTACTO DE PREFERENCIA (Obligatorio) <small>Casa Trabajo Celular Correo electrónico Mensaje de texto</small>		ESTADO CIVIL			RAZA	ORIGEN ÉTNICO	
PARENTESCO CON EL PACIENTE							
SEGURO PRIMARIO							
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					PÓLIZA NO.		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA				FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO NO.		
PARENTESCO CON EL PACIENTE					MONTO DE COPAGO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA \$	ESPECIALISTA	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					MONTO DEL DEDUCIBLE INDIVIDUAL	MONTO DEL DEDUCIBLE FAMILIAR	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL					FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO	
SEGURO SECUNDARIO							
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					PÓLIZA NO.		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA				FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO NO.		
PARENTESCO CON EL PACIENTE					MONTO DE COPAGO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA \$		
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					MONTO DEL DEDUCIBLE INDIVIDUAL		
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL					FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO	
INFORMACIÓN DE REFERENCIA							
NOMBRE DEL MÉDICO QUE HACE LA REFERENCIA				MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA			

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO/ENTREGA DE INFORMACIÓN:** Doy permiso para que Palomar Health Medical Group administre el tratamiento médico y realice los procedimientos médicos que considere necesarios. Autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros o a los agentes de seguro a fin de procesar mis pagos por el servicio. Toda la información indicada más arriba es veraz y correcta a mi leal saber y entender.

**POLÍTICA FINANCIERA:** Se espera el pago total o el copago al momento del servicio. Los servicios provistos que no sean un beneficio cubierto por su plan médico serán su responsabilidad.

**CESIÓN DE BENEFICIOS:** Por el presente, cedo todos los beneficios pagaderos por mi compañía de seguros a Palomar Health Medical Group.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Parentesco con el paciente

## Acuerdo financiero del paciente

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Deducible/coaseguro:** Todos los coaseguros y deducibles aplicables deben pagarse al momento del servicio. Se proporcionará un estimado y el pago deberá realizarse antes de que se presten los servicios. Esto no constituye un pago final y cualquier saldo adicional adeudado que se adjudique después del reclamo del seguro deberá pagarse al momento de recibir la factura. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Copagos:** Su compañía de seguros nos exige cobrar los copagos al momento del servicio. Debido a las leyes estatales y federales, no se eximirán los copagos. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Cheques:** Los cheques devueltos pueden estar sujetos a una tarifa de \$30.00. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Pacientes que pagan en efectivo:** Es posible que los montos que pague en su consulta programada no sean su pago final. Pueden devengarse otros costos para dicha cita, los cuales incluyen pero no se limitan a, análisis de laboratorio, radiografías, inyecciones, procedimientos especiales o cargos adicionales por la cita en el consultorio. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Presentación de reclamos:** Como una cortesía, Palomar Health Medical Group le facturará a su seguro. Una cotización de beneficios no es garantía de pago. Nosotros enviaremos sus reclamos y lo ayudaremos hasta que estos sean resueltos. Se espera el pago de su compañía de seguros dentro de los 45 días. Después de los 45 días, lo contactaremos para el pago total. Usted es responsable de todos los servicios no cubiertos, de acuerdo con las pautas de su compañía de seguros. Si recibimos notificación de que usted no es elegible para recibir cobertura o que nosotros no tenemos contrato con su seguro, usted será responsable de todos los cargos incurridos y del pago adeudado al momento de recibir la factura. Su compañía de seguros puede necesitar que usted les proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud en forma oportuna. Usted es responsable de brindar copia de sus tarjetas del seguro más recientes para todos los planes de salud aplicables. Las cuentas adeudadas por más de 90 días pueden ser derivadas a una agencia de cobranzas. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Servicios de atención preventiva:** Los exámenes de rutina pueden estar cubiertos por su seguro. Cuando se aborda una inquietud médica al momento de su consulta, ya no aplicarán los beneficios de atención preventiva. Pueden incurrir tarifas adicionales, lo que incluye pero no se limita a copagos, deducibles y coaseguros. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Servicios complementarios:** Los procedimientos ambulatorios de laboratorio y radiología los facturará un proveedor externo por separado. Por favor comuníquese directamente con él si tiene alguna pregunta relacionada con su factura. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Cesión de beneficios:** Por el presente se otorga autorización para entregar información, según pueda ser necesaria (en cumplimiento con las pautas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos - HIPAA, por sus siglas en inglés) para procesar y completar mi reclamo del seguro, y el pago de beneficios médicos debe realizarse directamente a Palomar Health Medical Group por todos los servicios prestados. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Incumplimiento de citas:** Por favor observe que se aplicará una tarifa de cancelación de \$25.00 por las citas a las que no acuda por no cumplir con cancelarlas con 24 horas de antelación a su cita programada. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente. Por favor ayúdenos a servirlo mejor asistiendo a sus citas programadas regularmente.

Si en algún momento experimenta dificultades financieras y debe realizar coordinaciones para planes de pago especiales, por favor comuníquese con nuestra oficina de facturación.

He leído y comprendo los enunciados más arriba. **Iniciales** \_\_\_\_\_

Acepto cumplir con las políticas financieras de Palomar Health Medical Group y entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios o tratamientos médicos administrados con mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (por favor use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

# Autorización para el uso o divulgación de información médica de Palomar Health Medical Group a personas designadas



La compleción de este documento autoriza la divulgación y uso de información médica sobre usted. El no cumplir con brindar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*NOMBRE (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	NOMBRE DE SOLTERA U OTRO
*FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO

Yo, \_\_\_\_\_ (paciente) (por favor use letra de imprenta) por el presente autorizo a **Palomar Health Medical Group** a que entregue **cualquier y toda** información sobre mi *salud, condición médica o facturación por servicios* a familiares u otras personas según se especifican más abajo. Esto incluye discusiones verbales con personal médico/de enfermería y copias de mi historial médico.

## PERSONAS DESIGNADAS

NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO

## \*EI OBJETIVO DE ESTA ENTREGA SE REALIZA

A mi solicitud      Continuando la atención médica      Otro \_\_\_\_\_

Especificar limitaciones (si las hubiera) sobre el uso de la información: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Autorización para el uso o divulgación de información médica de Palomar Health Medical Group a personas designadas

---

## \*Expiración de la autorización

Esta autorización entra en vigencia a la firma del presente y expirará mediante mi revocación por escrito.

## Derechos del paciente

Yo, el paciente o el representante legal del paciente, entiendo que:

- › Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, con mi firma o a mi nombre y entregada, o enviada por correo postal a:

Palomar Health Medical Group  
15611 Pomerado Road Poway, CA  
92064

Si revoco esta autorización, la revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones tomadas antes de que Palomar Health Partners reciba la revocación.

- › El destinatario puede volver a divulgar la información entregada de acuerdo a esta autorización y la misma ya no estará protegida en virtud de la ley federal de privacidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información médica realice mayor divulgación de la misma, a menos que obtenga otra autorización de divulgación de mi parte o que tal divulgación sea requerida o permitida específicamente por ley.
- › Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.

\*

\_\_\_\_\_

Firma del paciente / tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

\*

\_\_\_\_\_

De ser el representante legal, establecer parentesco con el paciente.

## \*Requerido para validar la autorización

## Formulario de diversidad de pacientes

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Estimado paciente de Palomar Health Medical Group:

El gobierno federal solicita que se formulen las siguientes preguntas a todos los pacientes.

Por favor seleccione lo que mejor corresponda a su preferencia y devuelva esto al encargado de recepción.

**\*\* Ver más abajo las descripciones de raza y origen étnico.**

Identifico mi raza como:  
(Por favor marque una)

Indígena americano o nativo de Alaska

Asiático

Me rehúso a identificarme

Negro, afroamericano

Nativo hawaiano u otro

Nativo de la Polinesia

Otra raza- \_\_\_\_\_

Blanco

Identifico mi origen étnico como:  
(Por favor marque una)

Centroamericano

Me rehúso a identificarme

Cubano

Dominicano

Hispano o latino / español

Latino / americano / latino, latino mexicano

No hispano / latino

Puertorriqueño

Sudamericano

Español

Mi idioma de preferencia es:  
(Por favor marque una)

Inglés

Español

Tagalo

Ruso

Persa / farsi

Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**\*\*Raza se define como la "autoidentificación de una persona con un grupo social o más".**

**\*\*Origen étnico se define como la "autoidentificación de una persona en base a la nacionalidad, idioma, cultura y religión, geografía u origen familiar".**

NO PRESENTAR EN NG

# Aviso Sobre Las Practicas De Privacidad



## Arch Health Medical Group

15611 Pomerado Road  
Poway, CA 92064  
Responsable de privacidad Arch Health Medical Group  
858-673-2419

**Fecha de aplicación:** 22 de febrero de 2016

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CON CUIDADO.**

Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Realizamos registros de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir esta información de otros. Utilizamos estos registros para proporcionar cuidados médicos de calidad o permitir que otros proveedores de atención médica lo hagan; para obtener el pago por los servicios que se le han proporcionado, según lo permitido por su plan de salud; además de permitirnos cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para manejar este consultorio médico de manera apropiada. Por ley, debemos mantener la privacidad de la información médica protegida y proporcionar a los individuos el aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si usted tiene preguntas acerca de este aviso, por favor contacte a nuestro responsable de privacidad que aparece al inicio del presente.

#### **A. Cómo este consultorio médico puede utilizar o divulgar su información médica**

Este consultorio médico recolecta su información médica y la almacena en una tabla o en una computadora. Este es su expediente médico. El expediente médico es propiedad de este consultorio médico, pero la información que permanece en el expediente médico le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

##### **1 Tratamiento.**

Utilizamos información médica sobre usted para proporcionarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y a otros que están involucrados en proporcionarle la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de atención médica que proporcionarán servicios que nosotros no ofrecemos. O podemos compartir esta información con un farmacéuta que la necesita para expenderle una prescripción o con un laboratorio que realice una prueba. También podemos divulgar su información médica a los miembros de su familia o a otros que puedan ayudarle cuando usted esté enfermo/a o lesionado/a.

##### **2 Pagos.**

Utilizamos y divulgamos información médica suya para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, le damos la información que necesita su plan de salud para que este nos pague. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarles a obtener el pago por los servicios que le han proporcionado a usted.

##### **3 Operaciones de atención médica.**

Podemos utilizar y divulgar información médica suya para manejar este consultorio médico. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que proporcionamos, o las competencias y certificaciones de nuestro personal profesional. O podemos utilizar y divulgar esta información para obtener su plan de salud para autorizar servicios o remisiones. También podemos utilizar y divulgar esta información, según sea necesario, para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluso fraude, detección de abuso, cumplimiento de los programas y gestión y planificación del negocio. Además podemos compartir su información médica con nuestros "socios de negocios", como por ejemplo, nuestro servicio de facturación, que realiza los servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos socios de negocios que contiene cláusulas que los obligan a proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica. Aun cuando las leyes federales no protegen la información médica que se divulgue a otra per-

sona que no sea un proveedor de atención médica, plan médico, centro de intercambio de información de asistencia médica o uno de nuestros socios de negocios, las leyes de California prohíben a todos los receptores de información médica continuar divulgándola excepto cuando la ley específicamente lo exija o lo permita. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información de atención médica o planes de salud que tengan relación con usted, cuando ellos soliciten esta información para ayudarlos con su evaluación de calidad y actividades de mejoras, sus actividades de seguridad del paciente, sus esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, desarrollo de protocolos, gestión de casos o actividades de coordinación de atención, su revisión de competencias, certificaciones, y desempeño de los profesionales de la atención médica, sus programas de capacitación, su acreditación, actividades de autorización o certificación, sus actividades relacionadas con los contratos de seguro médico o beneficios médicos, o sus esfuerzos para la detección de fraude y abusos de atención médica y para su cumplimiento. También podemos compartir información médica sobre usted con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información de atención médica y planes de salud que participan con nosotros en los "Arreglos organizados de atención médica" (Organized Health Care Arrangements, OHCA). Conforme con un OHCA, su información de atención médica puede ser compartida para propósitos de tratamiento, pago y/u operaciones de atención médica. En los OHCA participan hospitales, organizaciones médicas, planes de salud y otras entidades que proporcionan servicios de atención médica de forma colectiva. Un listado de los OHCA en los cuales participamos está a disposición en la oficina del responsable de privacidad.

##### **4 Recordatorios de citas.**

Podemos utilizar y divulgar información médica suya para contactarle y recordarle sus citas. Si no se encuentra en su casa, podemos dejarle esta información en su contestadora o en un mensaje con la persona que conteste el teléfono.

##### **5 Registro de entrada.**

Podemos utilizar y divulgar información médica suya al hacer que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

##### **6 Notificación y comunicación a la familia.**

Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de sus cuidados sobre su ubicación, su condición en general o, a menos que usted nos lo haya instruido de otra manera, en el caso de su muerte. En el caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de ayuda humanitaria de manera que ellos puedan coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado con sus cuidados o ayude a pagar sus cuidados. Si usted está en capacidad y disposición para aceptar u objetar estas divulgaciones, le daremos la oportunidad de objetar antes de hacerlas, aun cuando podemos divulgar esta información en el caso de un desastre aun por encima de su objeción si consideramos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. Si no se encuentra en capacidad y con disposición para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud utilizarán su mejor juicio para comunicarse con su familia y con otros.

##### **7 Mercadeo.**

Siempre que no recibamos ningún pago por realizar estas comunicaciones, podemos contactarle para alentarle a comprar o utilizar productos o servicios relacionados con su tratamiento, gestión de caso o coordinación de cuidados; o para dirigirlo o recomendarle otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o entornos de cuidados que puedan interesarle. De manera similar, podemos describir productos o servicios proporcionados por este consultorio e informarle en cuales planes de salud participamos,

Podemos recibir compensación financiera por hablar con usted frente a frente, proporcionarle pequeños regalos promocionales o por cubrir nuestro costo por recordarle que tome y resurta su medicación, o de alguna otra manera, comunicarle sobre un fármaco o producto biológico prescrito a usted en la actualidad, pero solo si usted:

- (1) tiene una enfermedad crónica que lo debilita seriamente o que amenaza su vida y la comunicación se hace para educarle o asesorarle sobre las opciones del tratamiento y de alguna otra manera, mantener adherencia a un plan de tratamiento prescrito, o
- (2) usted está inscrito en un plan de salud en la actualidad y la comunicación se limita a la disponibilidad de medicamentos con mejor relación costo-efectividad.

Si realizamos estas comunicaciones mientras usted presenta una condición crónica que lo debilita seriamente o que amenaza su vida, proporcionaremos un aviso de lo siguiente en una letra de tamaño igual o mayor a 14 puntos:

- (1) el hecho y la fuente de la remuneración, y
- (2) su derecho a darse de baja de comunicaciones remuneradas futuras llamando al número gratuito del comunicador. No utilizaremos o divulgaremos de otra manera su información médica para propósitos de mercadeo ni aceptaremos ningún pago por otras comunicaciones de mercadeo sin su autorización previa por escrito. La autorización divulgará si nosotros recibimos alguna compensación financiera por alguna actividad de mercadeo que usted autorice y detendremos cualquier actividad de mercadeo futura en la medida en la que usted revoque dicha autorización.

##### **8 Venta de la información médica.**

No venderemos su información médica sin su autorización previa por escrito. La autorización divulgará que nosotros recibiremos alguna compensación por su información médica si usted nos autoriza a venderla y detendremos cualesquiera ventas futuras de su información en la medida en la que usted revoque dicha autorización.

##### **9 Exigido por ley.**

Como lo exige la ley, utilizaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos nuestro uso y divulgación a los requerimientos relevantes de la ley. Cuando la ley nos exija que reportemos abuso, negligencia o violencia doméstica o que respondamos ante procedimientos judiciales o administrativos o ante agentes policiales, nosotros cumpliremos además con los requerimientos, relacionados con esas actividades, expuestos más adelante.

##### **10 Salud pública.**

Podemos, y algunas veces la ley nos exige, divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para propósitos relacionados con: la prevención y control de enfermedades, lesiones o discapacidades; el reporte de abuso o negligencia de niños, personas de la tercera edad o adultos dependientes; el reporte de violencia doméstica; el reporte sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y el reporte de exposición a enfermedades o infecciones. Cuando reportemos sospechas de abuso de personas de la tercera edad o de adultos dependientes o de violencia doméstica, le informaremos con prontitud a usted o a su representante personal, a menos que a nuestro mejor juicio profesional, consideremos que la notificación lo colocaría en riesgo de gran peligro o requeriría informar al representante personal que nosotros creemos es el responsable del abuso o daño.

##### **11 Actividades de supervisión la salud.**

Podemos, y algunas veces la ley nos exige, divulgar su información médica a los organismos de supervisión de la salud durante el desarrollo de auditorías, investigaciones, inspecciones, acreditaciones y otros procedimientos, sujetos a las limitaciones impuestas por las leyes federales y las de California.

##### **12 Procedimientos judiciales y administrativos.**

Podemos, y algunas veces la ley nos exige, divulgar su información médica en el desarrollo de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por un tribunal o una orden administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han realizado esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud y usted no ha objetado o si sus objeciones se han resuelto a través de un tribunal o una orden administrativa.

##### **13 Agentes policiales.**

Podemos, y algunas veces la ley nos exige, divulgar su información médica a un agente policial para propósitos como por ejemplo, la identificación de la ubicación de un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumpliendo con una orden del tribunal, una orden judicial, una citación del gran jurado u otros propósitos policiales.

##### **14 Jueces de instrucción.**

Podemos, y algunas veces la ley nos exige, divulgar su información médica a los jueces de instrucción en relación con sus investigaciones de muertes.

## 15 Intercambio de Información de la Salud (Health Information Exchange, HIE):

Podemos compartir su información médica de manera electrónica con otras organizaciones en donde reciba atención médica. Compartir información de manera electrónica es una manera más rápida de proporcionar su información médica a sus proveedores de atención médica que lo estén tratando. Se exige a los participantes del HIE cumplir con las reglas que protegen la privacidad y seguridad de la salud y de la información personal. Usted tiene derecho a darse de baja y no compartir su información médica.

## 16 Portal del paciente seguro:

hemos establecido un sistema basado en la web, denominado Portal del Paciente, el cual nos permite comunicarle y transmitirle información médica de manera segura. Con su consentimiento por escrito, recibirá una identificación de usuario y una contraseña para acceder al Portal del Paciente. Si su identificación de usuario o contraseña del Portal del Paciente la obtiene otra persona, su información médica está sujeta a divulgación inapropiada. Por favor, notifíquenos de inmediato si usted siente que han accedido a su Portal del Paciente de manera inapropiada.

## 17 Donación de órganos o tejidos.

Podemos divulgar su información médica a organizaciones que esté involucradas en conseguir, almacenar o trasplantar órganos y tejidos.

## 18 Seguridad pública.

Podemos, y algunas veces la ley nos exige, divulgar su información médica a las personas adecuadas para prevenir o disminuir una amenaza inminente y seria a la salud o seguridad de una persona determinada o del público en general.

## 19 Prueba de inmunización.

Divulgaremos prueba de inmunización a una escuela en donde la ley exija que la escuela tenga dicha información antes de admitir a un estudiante si usted acepta la divulgación en su nombre propio o en el de su dependiente.

## 20 Funciones gubernamentales especializadas.

Podemos divulgar su información médica para propósitos militares o de seguridad nacional o a las instituciones correccionales u agentes policiales que lo mantengan a usted en custodia legal.

## 21 Compensación de los trabajadores.

Podemos divulgar su información médica según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores. Por ejemplo, en la medida en que sus cuidados sean cubiertos por la compensación de trabajadores, haremos informes periódicos a su empleador sobre su condición. También se nos exige por ley reportar los casos de lesiones o enfermedades ocupacionales al empleador o a la compañía aseguradora de la compensación del trabajador.

## 22 Cambio de propietario.

En el caso que este consultorio médico fuera vendido o se fusionara con otra organización, su información/expediente médico será propiedad del nuevo propietario, aun cuando usted mantendrá el derecho de solicitar que las copias de su información médica sean transferidas a otro médico o grupo médico.

## 23 Notificación de violación a la seguridad.

En el caso de una violación de la información de salud protegida no asegurada, le informaremos como exige la ley. Si nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar ese correo para comunicarle la información relacionada con esa violación. En algunas circunstancias, nuestro socio de negocios podría proporcionarle la notificación. También podemos notificarle por otros medios, según proceda.

## 24 Investigación.

Podemos divulgar su información médica a investigadores que estén llevando a cabo alguna investigación con respecto a la cual no se requiera su autorización por escrito, según sea aprobado por una Junta de Revisión Institucional o una junta privada, en cumplimiento con la legislación aplicable.

## 25 Recaudación de fondos.

Podemos utilizar o divulgar su información demográfica, las fechas en las cuales usted recibió tratamiento, el departamento de servicio, su médico tratante, información de resultados y estado del seguro médico de manera de contactarle para nuestras actividades de recaudación de fondos. Si no desea recibir estos materiales, infórmelo al responsable de privacidad que aparece al principio de este Aviso de Prácticas de Privacidad y detendremos cualesquiera comunicaciones de recaudación de fondos futuras. De manera similar, usted debería notificar a la oficina de privacidad si decide que desea comenzar a recibir estas solicitudes de nuevo.

## B. Cuándo no puede este consultorio médico utilizar o divulgar su información médica

Exceptuando como se indica en este Aviso de Prácticas de Privacidad, este consultorio médico, consistente con sus obligaciones legales, no utilizará ni divulgará información médica que lo identifique a usted sin su autorización por escrito. Si usted autoriza a este consultorio médico a utilizar o divulgar su información médica para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

## C. Sus derechos de información médica

### 1 Derecho a solicitar protecciones de privacidad especial.

Tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información médica mediante una solicitud por escrito en la cual especifique qué información desea limitar y cuáles limitaciones desea imponer a nuestro uso o divulgación de dicha información. Si nos indica que no divulguemos información a su plan de salud comercial relacionado con artículos o servicios de atención médica que usted pagó completamente de su bolsillo, nosotros cumpliremos con su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por razones legales o de tratamiento. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

### 2 Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

Tiene derecho a solicitar recibir su información médica en una manera determinada o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos información a una cuenta de correo electrónico determinada o a su dirección de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables enviadas por escrito en las cuales se especifique cómo y dónde desea recibir estas comunicaciones.

### 3 Derecho a consultar y copiar.

Tiene derecho a consultar y copiar su información médica, con excepciones limitadas. Para acceder a su información médica, debe enviar una solicitud por escrito detallando a qué información desea acceder, si desea consultarla u obtener una copia. En el caso que desee una copia, la forma y formato de su preferencia. Proporcionaremos copias en el formato y forma solicitada si es fácil de preparar; o le proporcionaremos un formato alternativo que usted encuentre aceptable, o si no podemos estar de acuerdo y mantenemos el expediente de un formato electrónico, tiene la opción de un formato electrónico que se puede leer o un formato impreso. También enviaremos una copia a otra persona que usted designe por escrito. Le cobraremos un monto razonable que cubra nuestros costos de trabajo, materiales, gastos de envío; y si se solicita y acepta por adelantado, el costo de preparar una explicación o resumen, de acuerdo con las leyes federales y las de California. Podemos negar su solicitud bajo circunstancias limitadas. Si le negamos su solicitud a acceder al expediente de su hijo o de un adulto incapacitado que usted representa, porque creemos que permitir el acceso será razonablemente probable que cause daño sustancial al paciente, usted tendrá derecho a apelar nuestra decisión. Si negamos su solicitud a acceder a las anotaciones de su psicoterapia, tendrá derecho de transferirlas a otro profesional de la salud mental.

### 4 Derecho a enmendar o complementar.

Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica que considere que no es correcta o que está incompleta. Debe hacer una solicitud para enmendar por escrito e incluir las razones por las cuales usted considera que la información no es exacta o está incompleta. No tenemos la obligación de cambiar su información médica y le proporcionaremos información sobre la negación de este consultorio médico y cómo puede usted estar en desacuerdo con esta negativa. Podemos negar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda), si no se le permitió consultar o copiar la información en el momento de su publicación o si la información es exacta y completa tal como está. Si negamos su solicitud, puede enviar una declaración por escrito de su desacuerdo con esa decisión y podemos, a su vez, preparar una refutación por escrito. También tiene derecho a solicitar que agreg-

uemos a su expediente una declaración no mayor a 250 palabras, que diga todo lo que usted cree que está incompleto o incorrecto en su expediente. Toda la información relacionada con cualquier solicitud de enmienda o complemento será mantenida y divulgada en conjunto con cualquier divulgación subsecuente de la información disputada.

## 5 Derecho a una contabilidad de divulgaciones.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de su información médica realizadas por este consultorio médico, excepto que esta práctica médica no posee una cuenta para las divulgaciones que se le han proporcionado a usted o conforme a su autorización por escrito, o como se describen en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación a la familia) y 18 (Funciones gubernamentales especializadas) de la sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad o divulgaciones para propósitos de investigación o salud pública que excluye identificadores directos del paciente o que son incidentes de uso o divulgación de otra manera permitida o autorizada por ley, o la divulgación a una agencia de supervisión de salud o un agente policial en la medida en que este consultorio médico haya recibido aviso de dicha agencia o agente de que proporcionar esta contabilidad sería razonablemente probable que impida sus actividades.

## 6 Tiene derecho a conocer nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, incluso el derecho a una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, aun si la ha solicitado previamente recibirla por correo.

Si le gustaría tener una explicación más detallada de estos derechos o si le gustaría ejercer uno o más de estos derechos, contacte a nuestro responsable de privacidad que aparece al inicio de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

## D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho a enmendar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se haga dicha enmienda, estamos obligados por ley a cumplir con este Aviso.

Una vez hecha una enmienda, el Aviso de Protecciones de Privacidad revisado aplicará a toda la información médica protegida que mantenemos, independientemente de cuando se haya creado o recibido. Mantendremos una copia del aviso actual colocado en el área de la recepción y una copia estará disponible en cada cita. También publicaremos el aviso actual en nuestra página web, donde podrá encontrarlo en el menú en la pestaña de Pacientes y Visitantes.

## E. Quejas.

Las quejas sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad o cómo este consultorio médico maneja su información médica deberán ser dirigidas a nuestro responsable de privacidad que aparece en la parte superior del presente.

Si usted no está satisfecho con la manera en la que esta oficina maneja una queja, puede enviar una queja formal a:

### Region IX

#### Office for Civil Rights

#### U.S. Department of Health & Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

P 415.437.8310; 415.437.8311 TDD

F 415.437.8329

OCRMail@hhs.gov

Puede encontrar el formulario de quejas en:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf).

No será penalizado de ninguna manera si presenta una queja.

## Aviso sobre las prácticas de privacidad

Etiqueta del paciente aquí

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de expediente médico: \_\_\_\_\_

### Acuse de recibo

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (por favor en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente / tutor

Fecha

Teléfono del paciente XXX-XXX-XXXX

Nombre del médico

Al firmar este formulario, el paciente acusa recibo del "Aviso sobre las prácticas de privacidad" de Palomar Health Medical Group. Nuestro "Aviso sobre las prácticas de privacidad" le brinda información sobre cuánta de la información médica protegida podemos usar y divulgar. Lo instamos a que lo lea en su totalidad.

**Acuso recibo del "Aviso sobre las prácticas de privacidad" de Palomar Health Medical Group.**

Firma del paciente / tutor

Fecha

De ser el representante legal, establecer parentesco con el paciente.

Quisiera recibir una copia de cualquier enmienda al Aviso sobre las prácticas de privacidad por correo electrónico.

Mi dirección de correo electrónico es: \_\_\_\_\_