



# REGISTRO DEL PACIENTE

¡Bienvenido(a) a CHCSCT, Inc.! Nos alegra que haya elegido nuestros servicios para su atención médica. Para registrarse, llene este formulario. Varios de los puntos a continuación permiten asegurar nuestro cumplimiento con las necesidades de la población que atendemos; por lo tanto sea lo más exhaustivo(A) posible. Háganos saber si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar este formulario.

Fecha:		Account No.		PCP:	
<b>INFORMACION DE PACIENTE</b>					
<b>Apellido del paciente:</b>		<b>Nombre:</b>		<b>Inicial:</b>	
				<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Señorita	
<b>Estado Civil:</b>					
Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Si no, cual es su nombre legal?		<b>Empleador:</b>	
				<b>Fecha de Nac:</b>	
				<b>Edad:</b>	
<b>Dirección:</b>				<b>Numero de Seguro:</b>	
<b>Apartado Postal:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Condado:</b>	
				<b>Estado:</b>	
				<b>Zona Postal:</b>	
<b>Información de Contacto:</b>		¿Le gustaría comunicarse con nosotros a través de nuestro portal seguro para pacientes? Si así lo desea, muéstranos su identificación y proporcione su dirección de correo electrónico para enviarle una invitación para crear su cuenta de portal del paciente para usted. <b>Dirección de correo electrónico:</b> _____			
<b>Numero de Celular :</b>		<b>Numero de Casa :</b>		<b>Numero de Trabajo:</b>	
<b>Estado de Desamparado:</b>		<b>Estatus de Trabajo :</b>		<b>Residente de Texas :</b>	
<input type="checkbox"/> Refugió <input type="checkbox"/> En Transición <input type="checkbox"/> Compartiendo Hogar <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> No Desamparado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Por Temporadas <input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> ND Asistencia Publica de Hogar : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Status de Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				<b>Idioma Preferido Hablado:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Solicito servicios de traducción de idioma.	
<b>Identidad de Genero:</b>		<b>Raza:</b>		<b>Etnicidad:</b>	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transexual <input type="checkbox"/> Mujer transexual <input type="checkbox"/> Intergenero/ No binario <b>Sexo asignado al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <b>Orientación sexual:</b> <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Afro estadounidense/Negro <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático Pacifico Americano <input type="checkbox"/> Subcontinente Asiático Americano <input type="checkbox"/> Mas de una Raza <input type="checkbox"/> Otra Raza		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano	
				<b>Sordo /Dificultades de Oído:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yo necesito un intérprete.	
				<b>Escogí la clínica porque/Referido a la clínica por (Por favor marque una ):</b> <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Web ( <a href="http://www.CHCSCT.com">www.CHCSCT.com</a> ) <input type="checkbox"/> Actividades de Alcance/Feria de Salud <input type="checkbox"/> Otro _____	

### INFORMACION DE PAGO/SEGURO

**PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO AL MOMENTO DE REGISTRARSE.**

**Esta disponible una lista de los seguros que aceptamos. Nuestro personal de registro también puede ayudarle.**

**Esta asegurado?**

Yes  No

Si usted no tiene a seguridad, podría ser elegible para nuestro seguro público o descuentos para sus servicios. En orden para determinar su elegibilidad puede que se le pida mostrar comprobante de ingresos, tamaño de familia, y otros documentos.

**Ingresos anuales de la familia (Estimación):**

\$ \_\_\_\_\_

**Tamaño de la familia:**

\_\_\_\_\_ (incluya al cónyuge, hijos dependientes u otras personas que dependan de usted)

La ley federal exige que recopilemos información acerca de los ingresos de la familia y el tamaño de la familia de todos los pacientes para determinar el porcentaje de pacientes de acuerdo con el Nivel de Pobreza Federal.

**Informacion del seguro:**

Por favor indique a seguridad primaria

- A seguridad Comercial  
 Medicaid/CHIP  
 Medicare  
 Sin A seguridad

**Compania aseguradora:**

**Numero de Grupo:**

**A nombre de quien esta su seguro?**

- Mi nombre  
 Otro \_\_\_\_\_

**Numero de identificacion:**

**Numero de contacto del seguro** (al dorso de la tarjeta):

**La parte responsable es un paciente de CHCSCT, Inc.?**

- Si  
 No

**Informacion sobre seguro secundario:**

**Compania aseguradora:**

**Numero de identificacion:**

**Numero de contacto del seguro** (al dorso de la tarjeta):

**Sexo/ marcador de genero en la compañía aseguradora:**

CHCSCT reconoce su identidad de género. Para fines de facturación al seguro ¿con que sexo/marcador de genero figura en su expediente en su compañía aseguradora?

- Masculino  Femenino

¿Su nombre legal figura en su tarjeta del seguro?

- Mi nombre  
 No, Otro \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona que usted pide que llamemos en caso de emergencia:

Relacion al paciente:

Teléfono. :(Debe ser un numero diferente de los anteriores)

### ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD POR EL PAGO POR SERVICIOS Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

La información dada es la correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de a seguridad sean pagados directamente al medico. Yo entiendo que soy responsable por los cargos y tarifas de mi cuidado, excepto las que sean pagadas por una a seguridad aceptada por **CHCSCT, Inc.** Yo también autorizo a **CHCSCT, Inc.** o **Compañía de A seguridad** para que libere cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones.

- Yo entiendo que el pago, incluyendo deducibles, co-a seguridad, co-pagos o pago total / pago de descuento, es debido al tiempo del servicio.
- Para clientes sin a seguridad: Yo entiendo que si cambian mis ingresos, tamaño familiar, o residencia, yo traeré los cambios al personal de registro. El personal de registro volverá a evaluar mi elegibilidad para el seguro público o descuentos de pago.

**Paciente/Padre/ firma de Guardián:**

**Fecha:**

**Firma del Personal:**

**Fecha:**

## Derechos y Responsabilidades Del Paciente y Del Centro

Bienvenidos a Los Centros de Salud Comunitarios (CHCSCT, Inc.). Nuestra meta es proveer asistencia médica a personas elegibles en esta comunidad, a pesar de su capacidad de pagar. Estamos registrando pacientes nuevos, puede ser que Usted sea elegible para ser nuestro paciente. Como paciente, Usted tiene derechos y responsabilidades. Nosotros también tenemos derechos y responsabilidades. Queremos que Usted entienda estos derechos y responsabilidades para que Usted pueda ayudarnos a proveerle mejor asistencia médica. Por favor, lea y firme esta declaración y háganos cualquier pregunta que Usted tenga.

### Derechos Humanos

- Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y dignidad a pesar de su raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, afiliación política o capacidad de pagar por los servicios.

### Pago por servicios

- Usted es responsable de darnos su información exacta sobre su situación económica y sobre cualquier cambio en su situación económica, seguro medico, Medicare o Medicaid al momento de cada visita. Nosotros necesitamos esta información para decidir cuánto cobrarle a Usted y/o para que podamos pasarle la cuenta a un seguro privado, a Medicaid, a Medicare o a otros beneficios para los cuales Usted es elegible. Si sus ingresos son menos que el nivel de pobreza federal, le daremos a Usted un descuento. Es su responsabilidad el reportar todo cambio después de la visita inicial y anual, nuestro personal le preguntara si ha ocurrido algún cambio al momento de la visita.
- Como paciente Usted testifica que toda la información reportada al Centro es verdadera y precisa; que cualquier cambio en el seguro medico será reportado al Centro.
- Usted da su consentimiento a este Centro para que toda esta información sea auditada por cualquier administrador de los programas a los que he sido elegible por este Centro, incluyendo sin limitarse DSHS, Medicare, Medicaid, o Programas de medicamentos a través de nuestra farmacia.
- Usted tiene el derecho de recibir explicaciones de nuestra cuenta. Debe pagar o hacer arreglos para pagar, todos honorarios acordados por servicios médicos, con excepción de servicios dentales, los cuales se proveen al pagar por adelantado. Si no puede pagar ahora, háganos saber para que podamos proveerle la asistencia ahora y arreglar un plan de pago.
- La ley federal nos prohíbe que le neguemos a Usted de asistencia médica primaria, la cual es necesaria para su bienestar, solo si Usted no puede pagar por estos servicios.

### Privacidad

- Usted tiene el derecho de tener sus entrevistas, exámenes, y tratamiento en privado. Su historial medico también es privado. Sólo personas autorizadas legalmente pueden ver sus archivos, a menos que Usted pida por escrito que se los enseñemos a otra persona. Una explicación completa de sus derechos de privacidad, "Aviso de Derechos de Privacidad de los Clientes," se agrega a este documento. Al firmar este documento, Usted indica que ha leído este Aviso. Este Aviso explica en detalle los derechos que Usted tiene por el *Health Insurance Portability and Accountability Act*.

### Asistencia Médica

- Usted es responsable de proveernos información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, para nosotros darle asistencia médica apropiada. Usted tiene el derecho, y le aconsejamos que participe en las decisiones sobre su tratamiento.
- Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que entienda. También tiene el derecho de recibir información sobre su salud o enfermedad, tratamiento (incluyendo los riesgos) y los resultados esperados, si se saben, e información sobre Advance Directives. Si Usted no desea recibir esta información, o si no es aconsejable médicamente compartir esa información con Usted, nosotros se la daremos a una persona autorizada legalmente.
- Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer citas y cumplirlas y pedir una visita sin haber hecho una cita sólo cuando Usted está enfermo. Quizás no pueda verle a menos que tenga una cita. Si Usted no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, díganoslo para que podamos ayudarle.
- Si Usted es un adulto, tiene el derecho de rechazar tratamiento hasta el punto permitido por la ley y de estar informado de los riesgos de rechazar tal asistencia. Usted es responsable de los resultados y de rechazar el tratamiento.
- Usted tiene el derecho de recibir asistencia médica y tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad. Usted tiene el derecho de ser transferido o enviado a otro Centro para servicios que no podamos proveer. Pero no pagamos por los servicios que Usted consiga en otro lugar. **Nota: Los Centros de Salud Comunitarios no son un Centro/Hospital de urgencias.**

- Si tiene dolor, tiene derecho de recibir una evaluación y tratamiento apropiado, que sea necesario.
- **Reglas del Centro:**
- Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo se usan apropiadamente los servicios de este Centro. Usted es responsable de utilizar nuestros servicios de una forma apropiada. Si Usted tiene preguntas sobre como usar los servicios del Centro, háganoslo saber.
- Usted es responsable de la supervisión de niños que traiga a nuestro Centro. Usted es responsable de su seguridad y de la protección de otros clientes y de nuestras propiedades.
- Usted tendrá que confirmar sus citas mediante el sistema automático. (Citas que NO han sido confirmadas dentro de 24 horas serán automáticamente canceladas y reemplazadas con otro paciente que necesite la cita.) Si usted no puede venir a su cita deberá informar al Centro con 24 horas de antemano y notificar al Centro si hay cambios en el método de contacto que usted prefiere. Será requerido que llegue a sus citas con suficiente tiempo de antemano basándose en si es Nuevo Paciente, Establecido o Recertificación. Si usted llega 15 minutos después de la hora programada, el Centro considerara que usted no asistió a su cita y la considerara una cita perdida. Si usted no llega a 2 citas en un periodo de 12 meses usted tendrá que venir al centro y firmar un **Acuerdo de Citas Perdidas** si usted quiere continuar haciendo citas en el centro. Perdida de **3** citas en un periodo de **12** meses resultara en una suspensión de **6** meses. Se le dará un periodo de 30 días para recibir servicios urgentes y cuando ese periodo se termine usted será responsable de encontrar un nuevo proveedor de servicios de salud. Cuando la Política de Citas Perdidas ha sido violada, para que usted sea considerado para servicios de salud futuros, usted tendrá que escribir una carta a el Gerente Ejecutivo explicando: 1) Porque se perdió la cita; 2) Las razón(es) por la que usted necesita otra cita; y 3) Que usted comprende que la perdida de otra cita resultara en que usted sea suspendido de recibir servicios en el Centro. Solo bajo circunstancias especiales y a discreción del Gerente Ejecutivo podrá ser revocada su suspensión.
- Usted tiene el derecho, para seleccionar un medico primario, participar en su plan de salud y buscar una segunda opinión o de atención especializada dentro de la PCHM

## Quejas

- Si Usted no está satisfecho con nuestros servicios, díganoslo. Nosotros recibimos sugerencias para mejorar nuestros servicios. Este Centro le dirá a Usted cómo se hace un reclamo. Si no está satisfecho cómo este Centro maneja su reclamo, Usted puede poner su queja al Department of State Health Services o The Joint Commission.
- Si Usted se queja, no lo castigaremos a Usted continuaremos a dándole servicios.

## Terminación

- Si decidimos que tenemos que dejar de tratarlo a Usted como paciente. Si este Centro deja de tratarlo como paciente, Usted tiene el derecho de recibir un aviso con anticipación explicando la razón por la decisión, se le dará a Usted 30 días para encontrar otros servicios médicos. Después de recibir la nota de terminación, le proveeremos solamente cuidado de emergencia por un periodo de 30 días, hasta que Usted encuentre asistencia médica en otro lugar. Este Centro puede decidir dejar de tratarlo a Usted inmediatamente y sin aviso previo si Usted ha creado una amenaza a la seguridad del personal y/o de otros clientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la política de terminación. Otras razones por las cuales podemos dejar de verlo a Usted incluyen:
  - No obedecer las reglas de este Centro,
  - No respetar la Política de Citas Perdidas.
  - No informar intencional y correctamente sobre su salud o enfermedad,
  - No seguir intencionalmente el programa de asistencia médica, tal como instrucciones sobre tomar medicamentos, cuidados personal de salud y citas de seguimiento recomendadas por su proveedor,
  - Crear una amenaza a la seguridad del personal y/o de otros clientes, y/o agredir físicamente o verbalmente, y/o acosar a alguien de nuestro personal.
  - No informar intencional y correctamente sobre situación financiera.
- Si nosotros le hemos dado a Usted un aviso de terminación de la relación entre el paciente y el Centro, Usted tiene el derecho de apelar a la Junta directiva.
- He recibido una copia de esta documentación.



# Consentimientos y Reconocimientos

Yo autorizo a los Médicos, Dentistas, Asistente de doctor, Enfermeras con estudios avanzados, equipo de Enfermeras, psicólogo y otro personal de este Centro, en sus diferentes localidades y doy mi consentimiento, según sea necesario para suministrar pruebas de rutina, exámenes y tratamientos médicos, servicios de laboratorio (como sangre, orina y otros estudios) incluyendo VIH , rayos-X, electro cardiogramas, suministrar medicinas, procedimientos médicos, pruebas psicológicas recomendados por el personal medico (o dental si es aplicable) (doctores, enfermeras y otros) y métodos de planificación familiar así como lo definen los reglamentos federales. Yo entiendo que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al resultado de mi tratamiento o lo efectividad de cualquier método anticonceptivo.

## CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Entiendo que el asistente de Doctor y Enfermera con estudios avanzados no son Doctores con licencia y solamente pueden tratar o diagnosticar cualquier enfermedad, lesión, o condición medica bajo la supervisión y dirección de un Medico con licencia. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y pedir ser atendido por un Medico con licencia.

Autorización para proveer información: Yo doy la autorización a este Centro de Salud para proveer información medica (e información dental si es aplicable) a compañías de seguro medico con el propósito de cobros relacionados con el cuidado medico (o dental si es aplicable). También doy autorización de proveer información medica (o dental si es aplicable) sobre mi tratamiento a mi Doctor o a cualquier persona que yo haya designado.

Yo he leído o me han leído los *Derechos y Responsabilidades del Centro* y acepto este documento. También certifico que esta forma se me explicó completamente y que entiendo el contenido.

Yo entiendo que esta forma de consentimiento será valida y permanecerá en efecto mientras que yo atienda a este Centro de Salud. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de los servicios que se me van a proveer por el Centro y tengo la suficiente información para dar este consentimiento.

Yo entiendo que mi participación en el programa de BCCS (servicios seno y cáncer cervical) permitirá el Centro Comunitario de Salud de (CHCSCT, Inc.) Para entrar y ver mi información en la base de datos en todo el estado (MED-IT).

## CUIDADO INTEGRADO

El proveedor que está viendo integra tanto la salud física y la salud del comportamiento al tomar decisiones de tratamiento. Centros Comunitarios de Salud del Sur de Texas Central trabaja en colaboración con Bluebonnet Trails Community Services para proporcionar servicios de atención primaria de salud médica, dental y de comportamiento que se integran. Yo doy mi permiso para que mi información sea compartida entre esas dos Agencias, sobre la base de una necesidad de conocimiento.

Usted es responsable de darnos su información exacta sobre su situación económica y sobre cualquier cambio en su situación económica, seguro medico, Medicare o Medicaid al momento de cada visita. Nosotros necesitamos esta información para decidir cuánto cobrarle a Usted y/o para que podamos pasarle la cuenta a un seguro privado, a Medicaid, a Medicare u otros beneficios para los cuales Usted es elegible. Si sus ingresos son menos que el guía Federal de nivel de pobreza, le daremos un descuento. Es su responsabilidad al reportar todo cambio después de la visita inicial y anual, nuestro personal le preguntara si ha tenido algún cambio al momento de la visita.

---

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo CHCSCT, Inc., sus Representantes, los Médicos y el Personal, para compartir cualquier tipo de información médica y financiera con la siguiente persona (s).

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_

No quiero compartir me información con nadie.

**Al firmar mi nombre abajo, reconozco que he leído y que comprendo plenamente cada uno de los distintos párrafos arriba.**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre en letra de imprenta:</b> (Si es distinto del paciente, indicar relacion?parentesco)	<b>Fecha de nacimiento:</b>



# Aviso de Derechos de Privacidad de Los Clientes:

## SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE CLIENTE

Este aviso describe como la información de salud puede ser utilizada y divulgada y como puede obtener acceso a esta información.

### **POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE!!**

Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por este Centro. Ya sea que lo haga el Centro o un Proveedor asociado. Nuestras Políticas sobre la protección de su información de salud se extienden a todas las personas Profesionales autorizadas que tienen una necesidad de saber para brindarle atención médica. Las políticas se aplican a todas las áreas, incluyendo Personal de Recepción, Facturación y Administración. También aplica a cualquier Entidad o individuo con quienes tenemos contrato, como Proveedores de Referencia.

### **INFORMACION PROTEGIDA DE SU SALUD**

Como Paciente nuestro creamos documentos electrónicos y en papel relativos a su salud, así como el cuidado y los servicios que le brindamos. Necesitamos este registro para proporcionar continuidad de la atención y para cumplir con ciertos requisitos legales. Estamos obligados por ley a:

- Asegurar que su información de salud se mantenga privada.
- Proporcionarle este Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente, y
- Asegurar que la ley y sus derechos legales estén vigentes.

### **COMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION**

#### **INFORMACION PERSONAL DE SALUD**

**Tratamiento.** Utilizamos información previamente compilada sobre Usted para proporcionarle tratamientos o Servicios de atención médica actuales o futuros. Por lo tanto es posible que divulguemos su información a Médicos, Enfermeras y otros Profesionales de la salud, involucrados en su atención médica.

**Pago.** Es posible que divulguemos su información medica con respecto a los servicios y procedimientos para que puedan ser facturados, cobrados a Usted, su Aseguradora o Entidad de reembolso de terceros como Compensación del Trabajador.

**Uso Operacional.** Es posible que utilicemos y divulguemos información sobre Usted para poder operar el Centro de manera eficiente y asegurarnos de que nuestros Pacientes reciban una atención medica de calidad.

**Recordatorios de citas a los Pacientes.** Es posible que utilicemos y divulguemos información medica para contactar a Usted y recordarle acerca de sus citas o del cuidado medico que recibirá.

**Entidades externas.** En caso de emergencia, es posible que divulguemos información sobre Usted a una Entidad que ayude en casos de desastre, para que su familia pueda estar informada acerca de su condición, situación o localidad.

**Investigación.** Podemos participar en investigaciones relacionadas con el uso de ciertos protocolos de tratamiento que cuenten con la aprobación del Gobierno y del Centro. En ese caso obtendríamos su consentimiento, que identificara todos los aspectos de su participación, riesgos, beneficios y posibles divulgaciones.

**Requerido por ley.** Divulgaremos información medica sobre Usted cuando así lo requiera la Ley local, Federal y Estatal.

**Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.** Es posible que divulguemos información medica a Personas que necesiten saber para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad de otros.

**Donación de órganos y tejido.** Si usted es un donante de órganos, es posible que divulguemos información medica a Organizaciones que manejan la obtención y el trasplante de órganos.

**Asuntos y riesgos de salud.** Es posible que divulguemos información medica requerida por Ley o por su autorización con respecto a ciertas condiciones de salud para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, nacimientos y muertes, abuso o negligencia de niños o ancianos, reacciones a medicamentos o productos, exposición a una condición, retiro de algún producto.

**Victimas de abuso, negligencia o violencia domestica.** Es posible que divulguemos informaciones médicas a Agencias locales, estatales o federales del gobierno autorizadas a recibir informes, si tenemos alguna razón para creer que esta siendo victima de abuso, negligencia o violencia domestica.

**Investigación y actividades del Gobierno.** Es posible que divulguemos información médica a Agencias locales, estatales o federales del gobierno autorizadas, para actividades de supervisión, que conciernen a la conducta ilegal de las inspecciones o el cumplimiento de otras leyes y reglamentos incluida en las Leyes de derecho civil.



**Pleitos – Disputas.** Si esta involucrado en una demanda, es posible que divulguemos información medica en respuesta a una citación judicial, citación de corte, orden de la corte u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada.

**Cumplimiento de la ley.** Es posible que divulguemos información medica a las autoridades en respuesta una Orden judicial, citación o proceso similar para identificar o localizar a un testigo sospechoso o persona desaparecida, en relación con una victima de un delito sobre una muerte que creemos puede involucrar acciones crimenes, conducta criminal, crímenes en progreso en localidades del Centro o en situaciones de emergencia.

**Juez, Médicos Forenses y Directores de Funerarias.** Es posible que divulguemos información médica a Juez, Medico Forense, según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus tareas.

**Seguridad Militar y Nacional.** Si actualmente presta servicios en el Ejército o es un Veterano, es posible que divulguemos información medica a los Militares, previa solicitud adecuada. También podemos divulgar su información a funcionarios Federales que realicen actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.

**Compensación al Trabajador.** Es posible que divulguemos su información si es requerida por las leyes de compensación al trabajador y otras leyes y regulaciones similares.

#### **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD – USTED TIENE EL DERECHO A:**

**Inspeccionar y copiar su información de salud.** Puede revisar y obtener una copia de su información de salud, que el Centro conserva mientras la tenga. Si Usted pide revisar la información sobre su salud, el Centro decidir permitirle revisar una parte o toda la información que pidió. El Centro puede cobra por las copias que pida. Por favor hágalo por escrito al Director Ejecutivo - Contacto de Privacidad del Centro.

**Corregir la información sobre su salud si cree que esta equivocada o incompleta.** Usted puede pedir que Corrijamos la información médica que el Centro mantiene. Si el Centro acepta su petición de corregir la información sobre su salud, el cambio se convertirá en un documento permanente en su historial medico. Por favor hágalo por escrito al Director Ejecutivo – Contacto de Privacidad del Centro.

**Limitar la información medica que divulgamos.** Usted puede solicitar al Centro no usar ni divulgar información sobre su salud. Su petición debe describir detalladamente como quiere limitar la información. El Centro puede rechazar su solicitud. Por favor hágalo por escrito al Directo Ejecutivo – Contacto de Privacidad del Centro.

**Lista de la información que hemos divulgado sobre salud.** Puede pedir una lista de la información que hemos proporcionado, esta lista no incluirá revelaciones de rutina de la información sobre su salud para los propósitos descritos arriba con respecto al tratamiento, pago u operaciones de Centro. Por favor hágalo por escrito al Director Ejecutivo – Contacto de Privacidad del Centro.

**Solicitar comunicación confidencial de nosotros.** No divulgaremos su información de salud. Excepto como se describe en este aviso, sin embargo puede solicitar que lo coordinemos por otro medio o en una dirección diferente, para limitar el numero o tipo de personas que tienen acceso a su información de salud. Por favor haga su petición por escrito al Director Ejecutivo – Contacto de Privacidad del Centro.

**Reciba una copia de este Aviso.** Usted puede solicitar un copia de este aviso en el momento que lo requiera.

#### **DERECHO A QUEJARSE**

**Quejas.** Si usted cree que sus derechos de Privacidad han sido violados, puede hacer un reclamo a este Centro o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todo reclamo debe entregarse por escrito y serán investigados.

#### **CAMBIOS EN ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso a cualquier tiempo. Colocaremos una copia del aviso actual en el Centro con la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina arriba a la derecha. Usted puede solicitar una copia del aviso cada vez que visite el Centro para servicios o puede llamar al Centro y pedir que se le envíe el aviso actual.

#### **INFORMACION DE CONTACTO DE PRIVACIDAD**

Si Usted tiene preguntas sobre est Aviso o quiere hacer una petición, por favor póngase en contacto con el Director Ejecutivo- Contacto de Privacidad del Centro:

**Nombre:** Henry Salas  
**Direccion:** 228 St. George Street, Gonzales, TX, 78629  
**Telefono:** 830-672-6511  
**Fax:** 830-672-6430  
**Email:** [salash@chcsct.com](mailto:salash@chcsct.com)

#### **FECH EFECTIVA**

Este Aviso es efectivo a partir de Noviembre 19, 2007, Community Health Centers of South Central Texas, Inc.

Firmando: \_\_\_\_\_, Acepto que he recibido una copia de Aviso De Derechos de Privacidad de los Clientes