

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre EXACTAMENTE como aparece en la Identificación o en la tarjeta de Medicaid/Health Choice)

Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre
-----------	---------------	----------------

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

SEXO _____ **RAZA** _____ **IDIOMA** _____

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN: _____
(Si el paciente es menor de edad) Apellidos Nombres #Seguro Social

DIRECCION (Nombre de la calle y número) _____

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

TELÉFONO EN CASA: _____ **CELULAR:** _____

NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE Y NUMERO DEL SEGURO DENTAL _____





Nombre: _____ Fecha Nacimiento _____ Nombre del Doctor/Especialidad _____

Fecha del último examen físico _____ ¿Cómo cree que esté su salud? () Excelente () Buena () Aceptable () Mala

- | | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Cuándo fue su última visita dental? _____ | 6. ¿Sus encías sangran cuando se cepilla? _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene llagas o abultamientos dentro o cerca de su boca? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 7. ¿Tiene o ha tenido alguna herida en la cabeza, nuca o quijada? _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez tratamiento periodontal (Encías)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 8. ¿Ha tenido alguna extracción difícil en el pasado? _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? _____ | 9. ¿Tiene o ha tenido sangrado prolongado después de una extracción? _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿su agua potable esta fluorizada? _____ | 10. ¿Tiene un alto nivel de ansiedad en las citas dentales/tratamiento? _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

TIENE ACTUALMENTE O HA TENIDO:

- | | |
|---|---|
| 1. Hospitalizaciones por enfermedad o heridas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es, Sí fecha de la hospitalización _____ |
| 2. Alguna reacción alérgica a: (Marque todas las que apliquen) | |
| <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Acetaminofén <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Eritromicina <input type="checkbox"/> Tetraciclina <input type="checkbox"/> Sulfa <input type="checkbox"/> Anestésico local <input type="checkbox"/> Fluoruro
<input type="checkbox"/> Metales: níquel, oro, plata, _____ <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| 3. Problemas de corazón, o <i>stent</i> cardiaco en los últimos seis meses _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Historia de endocarditis infecciosa _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Válvula de corazón artificial, Reparado defecto Cardiaco (PFO) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Marcapasos o desfibrilador implantable _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. Implante Ortopédico (reemplazo de articulación) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. Presión sanguínea alta o baja _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9. Derrame cerebral (tomar anticoagulantes) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10. Reumatismo o Fiebre escarlata _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 11. Anemia u otros desordenes de la sangre _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 12. Sangrado prolongado debido a una cortada leve (INR>3.5) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 13. Enfisema, dificultad para respirar, Asma _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 14. Tuberculosis, sarampión, varicela _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 15. Enfermedad de los riñones _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 16. Enfermedad del Hígado _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 17. Tiroides, enfermedad de la paratiroides, o deficiencia de calcio _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 18. Colesterol alto o tomar drogas estatinas _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 19. Diabetes (HbA1c-____) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 20. Desordenes del estómago o Digestivos (enfermedad celiaca, reflujo gástrico, ulcera) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 21. Osteoporosis/osteopenia (i.e. tomando bifosfonatos) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 22. Artritis _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaucoma _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 24. Enfermedad autoinmune (lupus, esclerodermia) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 25. Desórdenes neurológicos (ADD/ADHD, enfermedad priónica) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 26. Epilepsia, convulsiones _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 27. Ronchas, erupción cutánea, fiebre del heno _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 28. STI/STD/HPV _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 29. VIH / SIDA _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 30. Tumor, crecimiento anormal _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 31. Terapia de Radiación, Quimioterapia _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 32. Dificultades emocionales _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 33. Tratamiento Psiquiátrico _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 34. Alcohol / drogas para uso recreacional _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

ACTUALMENTE:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 35. Algún cambio de salud en las ultimas 24 horas (i.e. fiebre, escalofrío, tos nueva, diarrea) _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 37. MUJER-tomando pastillas anticonceptivas _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 36. Fumador actual o en el pasado o usa tabaco sin humo _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 38. MUJER-embarazada _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Describe cualquier tratamiento médico, cirugía pendiente, retraso de desarrollo/genético, u otro tratamiento que usted considere debemos saber.

Enumere todas las medicinas, suplementos, y o vitaminas que ha tomado en los últimos 2 años. (Utilice una hoja adicional si necesita).

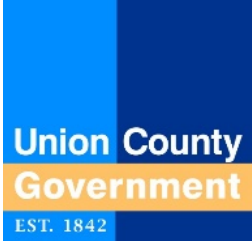
MEDICINA	PROPOSITO	MEDICINA	PROPOSITO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Doctor

Fecha



Department of Human Services
 Division of Public Health- Dental Clinic
 2330 Concord Ave
 Monroe, NC 28110
 T. 704-296-4829
 F. 704.296.4807
www.unioncountync.gov

ELEGIBILIDAD FINANCIERA PARA PACIENTES SIN SEGURO DENTAL

Número de Niños _____ Número de Adultos _____ Número Total de Miembros en el Hogar _____

Ingreso de la Unidad Familiar

NOMBRE	EMPLEADOR O FUENTE DE INGRESOS	CUANTO RECIBE SEMAN/QUINC/HORA	TIPO DE DOCUMENTO DE INGRESOS	INGRESO ANUAL ANTES DE IMPUESTOS

INGRESO TOTAL DE LA FAMILIA ANUAL (ANTES DE IMPUESTOS) \$ _____

Explicaciones/Comentarios (Ejemplo: Desempleado, etc.)

Elegibilidad: 40% _____ 60% _____ 80% _____ 100% _____

Firma del Solicitante

Relación con el Paciente

Fecha de la Firma



METODOS DE PAGO ACEPTADOS

Efectivo, Tarjeta de Débito/Crédito (Visa, MasterCard)

SEGUROS ACEPTADOS (El copago se debe pagar en cada cita)

Medicaid/Health Choice (\$3.00 copago)

BCBS, Aetna, United Health Care, Humana, Accumed

Cigna (Advantage se considera fuera de *Network*)

Medcost (Contactar a Medcost antes de la cita)

PRUEBAS DE INGRESOS ACEPTADAS

Tarjeta del seguro dental

Talonarios de pago (1) mensual / (2) quincenal / (4) semanal

Carta del Empleador de la Clínica Dental

Carta del Seguro Social / SSI / Pensión / Formas W-2

Forma de Devolución de Impuestos (anual) / Manutención / Estado de Cuenta/ Discapacidad

Carta de Desempleo de NC/ Ingresos por Servicio Militar

PRUEBAS DE IDENTIFICACION ACEPTADAS

Licencia de Conducción Validada por el Estado/ Tarjeta de Identificación, Certificado de Nacimiento,

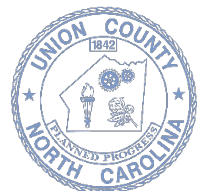
Tarjeta de Identificación del Departamento de Defensa, Tarjeta de Identificación de Estudiante, Pasaporte,

Tarjeta de Residente Extranjero o Tarjeta de Identificación de Matricula Consular

***Autorización de Consentimiento para el cuidado de un menor Notariada (Si aplica)**

***Por seguridad, no se permiten niños en los consultorios con los adultos durante tratamiento.**

***No se pueden dejar niños solos sin atención en las salas de espera**



Medicaid _____

NC Health Choice _____

Other Insurance: _____
*Complete Verification of Pt.
Insurance Form*

División de Salud Pública del Condado Union Aviso y Autorización para las Pólizas Financieras

Gracias por elegir la División de Salud Pública del Condado Union para sus servicios. Por favor revise cuidadosamente las pólizas financieras del UCDPH establecidas en este formulario de Aviso y Autorización, y firme en la parte baja.

Ajuste de Tarifas. Para calificar para un ajuste de tarifas basado en ingresos, yo debo presentar documentación de ingresos al momento de mi cita o dentro de "3" días laborales. De otra manera, se me cobrará el 100%. Yo doy permiso al UCDPH que verifique los ingresos del hogar y cobertura del seguro médico por medio de empleadores y otros recursos que sean necesarios para determinar mi elegibilidad para los servicios. Yo notificaré al UCDPH de cualquier cambio en los ingresos del hogar y dichos cambios serán verificados por medio del empleador/otras agencias y los cobros serán ajustados conforme sea necesario. Yo entiendo que podría recibir servicios o que me podrían referir para servicios proporcionados por otros médicos, laboratorios, hospitales u otras agencias, y que las tarifas cobradas por tales servicios son mi responsabilidad personal. También entiendo que las tarifas cobradas por el UCDPH pueden ser ajustadas debido a los ingresos y que estos ajustes no aplican a las tarifas cobradas por otras personas o entidades fuera del UCDPH.

Seguro Médico. Yo informare al UCDPH si tengo seguro médico ahora o si obtengo uno en el futuro. Los co-pagos del seguro deben pagarse al momento del servicio. El UCDPH presentará el reclamo al seguro en mi lugar, sin embargo, yo pagare el saldo restante si Medicaid/otro seguro no paga dentro de 60 días. Yo solicito que Medicaid, Medicare, u otro seguro le pague directamente a UCDPH por los servicios que recibí a través del UCDPH. Yo estoy de acuerdo en pagar al UCDPH cualquier dinero que yo reciba de cualquier fuente que sea enviado directamente a mí como pago por servicios que recibí en el UCDPH. Yo hare el pago dentro de 45 días de haber recibido este dinero.

Liberación de Información Médica y Asignación de Beneficios. Yo asigno los beneficios del seguro al UCDPH. Entiendo que mi firma servirá como "Firma Legal en Archivo" con el propósito de presentar mi reclamo al seguro. Yo autorizo la liberación de cualquier información médica según sea necesaria para procesar mi reclamo. Estoy de acuerdo en pagarle a UCDPH cualquier dinero que reciba de cualquier fuente que sea enviado directamente a mí como pago por servicios que fueron proporcionados por UCDPH. UCDPH presentará los reclamos al seguro en mi lugar; sin embargo, pagaré el balance o saldo restante si la compañía de seguro no paga dentro de 60 días. Yo entiendo que UCDPH confirmará la cobertura de beneficios con mi compañía de seguro y que la información proporcionada no es una garantía de pago. Los beneficios están sujetos a cambios dependiendo en el tiempo en que se presentó la reclamación.

Evaluación y Pago de Tarifas. En cada visita se me va a cobrar una tarifa estimada por los servicios que yo he recibido. Sin embargo, si el UCHD falla en cobrarme la cantidad completa en la fecha del servicio, estas tarifas se sumaran a mi cuenta. Yo me hago personalmente responsable por cualquier parte de mi cuenta no cubierta por Medicaid, Medicare, u otro seguro, y se espera que yo pague por aquellos servicios que no son cubiertos en el momento de mi visita. Los pagos se pueden hacer en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o débito. Se cobrará a mi cuenta \$20 por cada cheque que yo haya hecho al UCDPH que haya sido regresado por falta de fondos. Yo comprendo que si mis cuentas por pagar continúan sin ser saldadas, el UCDPH tiene el derecho a: (i) Negarse a otorgarle servicios, aparte de aquellos que son por mandato de la ley Estatal; (ii) Iniciar una demanda civil contra usted; (iii) Enviar su deuda pendiente a North Carolina Debt Setoff Collection Clearing House (Agencia de Recaudación de Deudas), en conformidad de aquellas deudas calificadas como tal, pueden ser automáticamente deducidas de cualquier reembolso de impuestos del estado que se le deba a usted, y/o (iv) Referir su cuenta a una agencia de recaudación de deudas (collection agency). Si el balance de mi cuenta pendiente alcanzara \$50 o más, se me pondrá bajo un Plan de Pagos. Si usted falla en hacer un "esfuerzo de buena fe" para hacer pagos de acuerdo a su Plan de Pagos, podría resultar en negación o limitación de ciertos servicios.

Liberación de Información Médica. Yo doy autorización al UCDPH para liberar cualquier información médica (incluyendo información referente a problemas con dependencia química y/o tratamiento, información de VIH/SIDA, resultados de prueba de drogas y asesoramiento), el cual es petitionado por Medicaid, Medicare, otras compañías de seguros, u otras agencias que asisten en mi cuidado médico de acuerdo a la ley Estatal y Federal.

Termino de la Autorización. Yo entiendo que esta autorización se mantendrá en efecto mientras reciba atención medica en el UCDPH y/o hasta que todas las cuentas pendientes (por pagar) con el UCDPH hayan sido saldadas. También entiendo que yo puedo cancelar esta autorización por escrito y entregarla al UCDPH en cualquier momento durante las horas laborales normales.

Consentimiento de Conformidad. Yo he leído estas Pólizas Financieras. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a mis preguntas. Yo estoy de acuerdo en cumplir con estas Pólizas Financieras.

Fecha de Firma

Firma del Paciente/Persona Responsable/Tutor

Fecha de Firma

Firma del Personal de UCDPH

Last Name	First Name	MI
Patient SS#: _____		
Date of Birth: ____/____/____		

NC Department of Health and Human Services
Public Health Nursing and Professional Development

**PERMISSION TO USE AND DISCLOSE
PATIENT HEALTH INFORMATION**

I hereby acknowledge that I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices" for Union County/District Health Department and understand that I may contact the person named therein if I have questions about the content of the notice.

_____ Patient/Parent/Legal Guardian	_____ Date
_____ Witness	

I give my voluntary consent for Union County/District Health Department to use and disclose health/medical information regarding

_____ Patient name
for purposes of treatment, payment and health care operations.* I understand that the health/medical information used and disclosed may include information about communicable diseases (such as HIV). I understand that I may revoke this consent at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on it. I understand that this consent is valid until I revoke it and that if I want to revoke this consent I must do so in writing.

* See our "Notice of Privacy Practices" for explanations of the terms "treatment," "payment," and "health care operations."

_____ Signature of Patient	_____ Date
_____ Signature of parent, legal guardian, or other legally responsible person (when required)	_____ Date
_____ Witness	_____ Date

Last Name First Name MI

Patient SS#: _____

Date of Birth: ____/____/____

NC Department of Health and Human Services
Public Health Nursing and Professional Development

**PERMISO PARA USAR Y DIVULGAR
INFORMACION SOBRE SALUD DEL PACIENTE**

Yo certifico que he recibido una copia del documento: "Aviso de Normas de Privacidad" de el Departamento de Salud del Condado/Distrito de Union y comprendo que puedo llamar a la persona citada anteriormente, si tengo alguna pregunta acerca del contenido de dicha información.

Paciente/Padres/Representante Legal

Fecha

Testigo

Yo doy mi consentimiento voluntario para que el Departamento de Salud del Condado/Distrito de Union utilice y divulgue la información médica/de salud del paciente:

Nombre del paciente

con el propósito de tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud.* Yo entiendo que la información de salud/médica utilizada y divulgada puede incluir información sobre enfermedades contagiosas (como el SIDA). Yo entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento, con la excepción de acciones que hayan sido tomadas previamente basadas en este documento. Yo entiendo que este consentimiento es válido hasta que yo lo anule y que si quisiera anularlo debo hacerlo por escrito.

* Favor referirse al documento "Aviso de Normas de Privacidad" para definición de los términos "tratamiento", "pago", y "funciones de cuidado de salud".

Firma del paciente

Fecha

Firma de padres, representante legal, o cualquier otra persona legalmente responsable (cuando exigido)

Fecha

Testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Permiso para Examinación Dental y Tratamiento de un ADULTO

Yo soy _____, y por la presente autorizo y doy mi consentimiento para cualquier examen dental, radiografías, anestesia, o tratamiento dental incluyendo extracciones, bajo la supervisión general, directa o indirecta de la Dra. Candace Crowe y colaboradores o asistentes que consideren necesarios.

Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea cancelada por escrito por mí.

Paciente

Fecha

O

Permiso para Examinación Dental y Tratamiento de un MENOR DE EDAD

Yo soy el padre/guardián legal de _____, quien es un menor de edad, y por la presente autorizo y doy consentimiento para cualquier examen dental, radiografías, anestesia, o tratamiento dental incluyendo extracciones, bajo la supervisión general, directa o indirecta de la Dra. Candace Crowe y colaboradores o asistentes que consideren necesarios.

Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea cancelada por escrito por mí.

Padre/Guardián Legal del Paciente

Fecha



Para poder atender a nuestros pacientes de la mejor manera, las siguientes pólizas se pondrán en vigencia estrictamente y sin excusas.

1. Para cancelar una cita le debe avisar a la clínica dental con 24 horas de anticipación, y así se le podrá dar una nueva fecha y hora para la cita cancelada.

Si no nos avisa que va a cancelar su cita y no se presenta, se considerara una **CITA PERDIDA**, después de (dos) citas perdidas una carta de rechazo de la clínica dental le será enviada por correo. Después de un año de su carta de rechazo, usted podrá ser reintegrado como paciente de esta Clínica dental.

Podrá recibir tratamiento de Emergencia durante los 30 días siguientes a la carta de rechazo. Durante este tiempo es su responsabilidad encontrar otro dentista. Después de los 30 días, no se le proporcionara tratamiento dental en esta clínica.

2. Cualquier paciente que llegue más de 10 minutos tarde a una cita, puede perder su cita y se le dará el próximo día disponible que el horario de citas permita.
3. El Padre o Guardián de un niño/a que está recibiendo tratamiento no puede abandonar el edificio por ninguna razón.

Gracias por su cooperación.

He leído las pólizas escritas anteriormente y acepto cumplirlas

Paciente / Padre/Guardián Legal

Fecha



- Con las organizaciones de procuración de órganos.
- Con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
- En reclamos de compensación de trabajadores.
- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
- En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento notificando a la División de Salud Pública del Condado Union por escrito a: Union County Division of Public Health, Attn: Privacy Officer, 2330 Concord Avenue, Monroe, NC 28110.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Para obtener más información acerca de esta Notificación de las Prácticas de Privacidad, póngase en contacto con la **División de Salud Pública del Condado Union ubicado en el 2330 Concord Avenue, Monroe, NC 28110 o al 704-296-4800.**

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
DEL CONDADO UNION
DIVISION DE SALUD PÚBLICA
2330 Concord Avenue
Monroe, NC 28110
704-296-4800**

La misión de la División de Salud Pública del Condado Union es prevenir la propagación de enfermedades, proteger la salud de la comunidad y promover la salud.



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
DEL CONDADO UNION
DIVISION DE SALUD PÚBLICA**

NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: abril 2003
Actualizada: marzo 2014
Actualizada: marzo 2018

**ESTA NOTIFICACION DESCRIBE CÓMO LA
INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER
UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE
OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

La División de Salud Pública del Condado Union colecta y mantiene información sobre su salud y nos es requerido por ley proteger la privacidad de su información médica. Estamos obligados a proporcionarle esta Notificación de las Prácticas de Privacidad.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piense que es incorrecta o está incompleta. Su petición debe ser hecha por escrito y enviado a nuestro Oficial de Privacidad. Además, debe proporcionar una razón que apoye su petición.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Podemos dejarle un mensaje o enviarle una carta sobre una cita, resultados de laboratorio o recetas médicas, o pedirle que nos llamen acerca de un asunto de atención médica sobre usted o su hijo/a o de su cuenta a menos que usted nos diga lo contrario. Usted puede pedirnos que le contactemos de manera específica (por ejemplo, llamarle a su casa u oficina o enviarle correo a una dirección diferente).

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato o puede obtener una copia en nuestro sitio web www.co.union.nc.us.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información en la página I. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Puede presentar una queja con la División de Salud Pública del Condado Union enviándonos una carta a: Union County Division of Public Health, Attn: Privacy Officer, 2330 Concord Avenue, Monroe, NC 28110. Para someter una queja con el gobierno federal, póngase en contacto con la Oficina Regional de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a: Region IV Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth Street SW, Atlanta, GA 30303-8909 o visite el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

Sin su permiso por escrito, nunca venderemos o compartiremos su información para propósitos de mercadotecnia.

Algunas notas de psicoterapia pueden ser utilizadas de acuerdo a las leyes estatales y federales.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.
- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.
- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
- Proporcionarle a una escuela el comprobante de vacunas donde el estado u otra ley requiere que la escuela tenga dicha información antes de admitir al estudiante.