

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE \***

Apellido:	Nombre:	MI:	Fecha de Nac:	Número de seguro social:
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Condado:				

**INFORMACIÓN DE CONTACTO \***

Celular:	Teléfono:	Empleador:	Numero Telefónico:
BACHC puede contactarme para recordatorios clínicos/de citas utilizando los siguientes métodos (marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Texto		Correo Electrónico:	
Como escucho de nosotros: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Plan de Seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Eventos, Volantes <input type="checkbox"/> Medios Sociales <input type="checkbox"/> Otros: _____			
Nombre del contacto de emergencia:	Relación:	Número de teléfono de contacto de emergencia:	

**DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE \***

Idioma Primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____	Raza (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Centro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros: _____	Etnias: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre/Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer/Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no revelar	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, o homosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Elija no revelar	Marital Status: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda
		Alumno: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No soy estudiante
		Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado
Situación de la vivienda: ¿Indigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si estás sin hogar, estás: <input type="checkbox"/> En diferentes lugares (viviendo con otros) <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Viviendo con familiares sin pagar renta	Ingresos Bruto del Hogar: \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente # Adultos y niños (menores de 18 años) en el hogar: _____	¿Veterano militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Trabajador agrícola migratorio o estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**GARANTE (MARQUE LA SEGUNDA CAJA SI LA INFORMACION ES IGUAL QUE EL PACIENTE  ) \***

Apellido:	Nombre:	MI:	Fecha de Nac:	Número de seguro social:
Dirección:		Departamento #:	Ciudad:	Estado:
Código Postal:				

**SEGURO MÉDICO**

Seguro de la Empresa	Nombre del Titular	Relación con el paciente	Fecha de Nac	Empleador	Código Postal

**FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA \***

**Asignación de beneficios de seguro, divulgación de información y autorización de tratamiento.**  
 Y los abajo firmantes autorizan mis beneficios de seguro a ser pagados directamente al proveedor de Bartz Altadonna Centro de Salud Comunitario para los servicios ofrecidos. Yo entiendo que en última instancia soy responsable financieramente de cualquier saldo adeudado por los cargos aprobados y cubiertos no pagados por el seguro. Por la presente autorizo BACHC para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios del seguro. Autorizo el uso de esta firma en todos mis envíos de reclamos de seguro. Entiendo que el pago se espera en el momento en que se prestan los servicios. Una copia de esto es tan válida como el original.

Firma del Paciente o Guardian : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ (Escribe "Yo" si eres el paciente")

## Formulario de Resumen de Consentimiento y Reconocimiento

_____ * <b>Inicial</b>
---------------------------

**Consentimientos y Reconocimientos**

Al poner sus iniciales, usted confirma haber recibido y comprendido los "Consentimientos y reconocimientos", los "Derechos y responsabilidades del paciente" y el "Aviso de prácticas de privacidad" de BACHC. Esto implica dar su consentimiento para la atención, reconocer los derechos y responsabilidades del paciente, comprender el uso de la información de salud y reconocer las obligaciones financieras y la opción de escala móvil de tarifas.

_____ * <b>Inicial</b>
---------------------------

**Reconocimiento de Obligación Financiera del Paciente**

Al poner sus iniciales, usted reconoce sus responsabilidades financieras en Bartz-Altadonna Community Health Center, incluida la cobertura de los costos de atención, la provisión de detalles de reembolso y la solicitud de descuentos si es elegible. Usted acepta ayudar con las solicitudes de seguros/beneficios, pagar copagos y tarifas en el momento del servicio y reconocer sus obligaciones de pago propio si no está asegurado.

_____ <b>Inicial</b>
-------------------------

**Atestación de oferta de Directiva Anticipada (Sólo para mayores de 18 años)**

Al poner mis iniciales, confirmo que Bartz-Altadonna me informó sobre las directivas anticipadas, que me permiten indicar mis preferencias de atención al final de la vida. Entiendo mi derecho a formular o rechazar una directiva anticipada en cualquier momento. Esto da fe de haber recibido esta información y comprender mis derechos.

_____ * <b>Inicial</b>
---------------------------

**Autorización HIPAA**

Al poner sus iniciales, usted confirma que comprende la Política de privacidad de autorización HIPAA de Bartz-Altadonna CHC, lo que permite a BACHC compartir su información de salud para tratamientos, pagos y procesos de atención médica como se describe en el Aviso de privacidad. Puede designar destinatarios autorizados de su información médica. Este consentimiento es revocable y las divulgaciones anteriores no se ven afectadas. Enumere a continuación las personas autorizadas a acceder a sus datos médicos

PERSONAS AUTORIZADAS A OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA *			
Nombre del paciente: _____ Si el paciente es menor de 18 años o tiene guardián, nombre del guardián: _____ Yo, _____, autorizo a Bartz-Altadonna Community Health Center a compartir mi información de salud y/o facturación con las personas enumeradas a continuación, que están involucradas en mi atención o su pago. Entiendo que BACHC no es responsable de la información compartida una vez que se haya entregado a las personas que he nombrado. Es necesario proporcionar la fecha de nacimiento para que la oficina verifique la identidad.			
Nombre:	Relación:	Teléfono:	Fecha de nacimiento:

Esta Sección otorga permiso al Centro de Salud Comunitario Bartz-Altadonna para tratar a menores (menores de 18 años) para atención médica no urgente durante las visitas acompañados por alguien que no sea su padre o guardián legal.

**SOLO LLENAR PARA MENORES**

PERMISO PARA TRATAMIENTO PEDIÁTRICA NO URGENTE	
Yo, _____, como padre/guardián legal, autorizo a los adultos enumerados a continuación a tomar decisiones médicas no urgentes para mi menor niño _____, nacido el _____. Confirmando mi autoridad legal para otorgar este permiso a personas mayores de 18 años y legalmente competente. Reconozco que la información de salud protegida de mi hijo/a puede ser divulgada a estas	
NOMBRE DE LA PERSONA autorizada para tomar decisiones de atención médica para mi hijo:	RELACION HACIA EL NIÑO:
LIMITACIONES: Las personas enumeradas pueden dar su consentimiento para cualquier atención requerida, excepto cualquier tratamiento que usted especifique como prohibido a continuación. Indique cualquier atención que no autorice en el cuadro a la derecha.	<b>Lista de Tratamientos Prohibidos:</b>

Al firmar a continuación, confirma que comprende y acepta todos los documentos que ha rubricado, incluidos los "Consentimientos y reconocimientos", "Derechos y responsabilidades del paciente", "Aviso de prácticas de privacidad", "Atestación de oferta de directiva anticipada", "Reconocimiento de obligación financiera", y "Autorización HIPAA" de Bartz-Altadonna CHC. Al firmar a continuación, doy permiso a BACHC para usar y divulgar mi información de salud según los Estándares Federales de Privacidad. Entiendo mis derechos bajo HIPAA con respecto a mi información protegida, que se utilizará para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Firma del Paciente: _____ *	Nombre Impreso del Paciente: _____ *	Fecha: _____ *
-----------------------------	--------------------------------------	----------------

Si esta página está firmada por un representante personal, llene la información a continuación

Firma del representante personal o Guardián: _____	Nombre del representante personal o Guardián: _____	Fecha: _____
Autoridad del representante personal para firmar en nombre del paciente (marque uno): <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Otra: _____		

## Autorización Para Divulgar o Solicitar Información de Salud

INFORMACIÓN DEL PACIENTE *		
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	
DIRECCIÓN:		
Número de teléfono:	Correo Electrónico:	Fecha de solicitud:
INFORMACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR		
<b>Autorizo a BACHC a divulgar/solicitar registros médicos</b> <input type="checkbox"/> Liberar a: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> Solicitud de: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____		
<b>Propósito de esta solicitud:</b> <input type="checkbox"/> Transferencia de atención <input type="checkbox"/> Personal de seguros <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Solicitar registros médicos completos o registros de atención preventiva:</b> Al poner sus iniciales aquí, usted autoriza a BACHC a recuperar su historial médico completo o registros de atención preventiva. Esto ayudará a comprender y optimizar su atención.		
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">           _____            Inicial         </div>	<input type="checkbox"/> Registros de atención preventiva	<input type="checkbox"/> Registro médico completo
<b>Información específica para divulgar/solicitar:</b> <input type="checkbox"/> Informe físico y de historia <input type="checkbox"/> EKG/ECHO <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio <input type="checkbox"/> Informe de radiología <input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Informe de consulta <input type="checkbox"/> Informe de emergencia <input type="checkbox"/> Registro de facturación <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Valoración/Evaluación <input type="checkbox"/> Notas de visita  <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fechas de tratamiento: _____ a _____		
<b>Los registros pueden incluir información relacionada con el consumo de alcohol o drogas y el VIH o SIDA. Sin embargo, los registros de tratamiento de centros de drogas y alcohol o los resultados de la prueba de VIH no se divulgarán a menos que se solicite específicamente. La información de salud mental y de salud conductual, si está marcada, requerirá una autorización por separado.</b>		
<input type="checkbox"/> Información sobre VIH <input type="checkbox"/> Información sobre tratamiento de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Información de salud mental/conductual		

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:**

**Derecho a recibir una copia de la autorización:** entiendo que si acepto firmar esta autorización, lo cual no estoy obligado a hacer, puedo solicitar una copia del formulario firmado.

**Derecho a revocar la autorización:** entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando a BACHC por escrito. Puedo utilizar la Revocación de Autorización al final de este formulario y enviarla por correo o entregarla a la dirección que figura en la Revocación.



# Autorización Para Divulgar o Solicitar Información de Salud

Los registros deben enviarse por fax a BACHC al (866) 572-7851

USTED DEBE LEER Y FIRMAR A CONTINUACIÓN. ENTIENDO QUE:

- Entiendo que el centro de salud no me negará tratamiento porque me niego a firmar esta Autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a BACHC a menos que el centro de salud ya haya tomado medidas basadas en esta Autorización, o a menos que esta Autorización se otorgue como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tenga ciertas obligaciones legales. derecho a impugnar la póliza o un reclamo bajo la póliza.
- Entiendo que esta Autorización es válida por un período de un año a partir de la fecha de mi firma a continuación, pero que la información divulgada en base a esta Autorización puede volver a divulgarse por la entidad o la persona que recibe la información. Una vez divulgada, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica que se divulga, utiliza y/o comparte de conformidad con este Formulario de autorización.
- El uso o divulgación de información obtenida o divulgada de conformidad con esta Autorización puede resultar en un pago directo o indirecto a BACHC por parte de un tercero, incluidas las tarifas de copia.
- Entiendo que el uso o divulgación de información y tratamiento relacionados con el VIH, drogas/alcohol y salud mental/conductual es altamente sensible y requiere la autorización específica que he proporcionado al marcar las casillas anteriores.
- Entiendo que si los registros o la información que se divulga involucran un tratamiento para la adicción al alcohol o a sustancias, mis registros también están protegidos por las leyes y regulaciones federales relacionadas con la "confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol o drogas" (42 C.F.R. Part 2, 42 U.S.C. § 290dd-2).
- Entiendo que puede haber un cargo por los registros solicitados.

Firma del Paciente: *	Nombre impreso: (Si no es el paciente, imprima la relación) *	Fecha: *
-----------------------	---	----------

BACHC comprende la importancia de su solicitud y se esfuerza por procesarla lo antes posible en el orden en que se recibió. Háganos saber si la información solicitada es necesaria para una fecha específica y se hará todo lo posible para satisfacer sus necesidades. BACHC cumple con las regulaciones de HIPAA que requieren el procesamiento de solicitudes de información médica dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud.

NOTA PARA LA INDIVIDUAL O ENTIDAD AUTORIZADA A RECIBIR EXPEDIENTES DE ADICCIÓN AL ALCOHOL O ABUSO DE SUSTANCIAS De conformidad con este aviso: Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2) relacionados con la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y sustancias. Las reglas federales le prohíben realizar más divulgaciones de esta información a menos que se permita expresamente una mayor divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo, no es suficiente para este propósito. Las reglas federales también restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier cliente de BACHC que abuse de alcohol o drogas.

## REVOCAR ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Como parte del proceso de revocación, debemos informarle sobre el posible impacto en su atención médica si no proporciona autorización para divulgar información médica.

Implicaciones Clave:

- Retrasos en el tratamiento: sin acceso a su historial médico completo, podría haber retrasos importantes en el diagnóstico y el tratamiento.
- Coordinación limitada con otros proveedores: nuestra capacidad para comunicarnos y colaborar con otros profesionales de la salud puede verse obstaculizada, lo que afecta la calidad de su atención.

Le instamos a considerar estas implicaciones cuidadosamente. Si tiene alguna inquietud o necesita más aclaraciones, comuníquese con nosotros de inmediato.

## REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente:	Firma del paciente / representante legal:	Fecha:
----------------------	---	--------

Persona de contacto:	Nombre de agencia:
----------------------	--------------------

DIRECCIÓN:
------------

Si lo firma alguien que no sea el paciente, escriba el nombre en letra de imprenta y indique la relación y autoridad

Nombre del Representante:	Relación y Autoridad:
---------------------------	-----------------------



## **Formulario de Autorización de HIPAA**

Bartz Altadonna Centro de Salud Comunitario (BACHC) ha tomado medidas para proteger la información médica privada de todos nuestros pacientes. BACHC no divulgará ninguna información a nadie a menos que usted haya proporcionado la información solicitada a continuación. Estas serían personas distintas a las cubiertas en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Su información de salud protegida será utilizado por BACHC o divulgado a otros con fines de tratamiento, obtención de pagos, o para respaldar las operaciones diarias de atención médica de la práctica. Revise el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede utilizar o divulgar su información médica protegida. Puede revisar el aviso y solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para sus propios registros. Consulte al representante de Servicios al Cliente para recibir una copia.

Usted puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida. BACHC puede o no estar de acuerdo en restringir el uso o divulgación de su información médica protegida. Si BACHC acepta su solicitud, la restricción será vinculante para la práctica. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los Estándares Federales de Privacidad.

Puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información de salud protegida. Debe revocar el consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.



## Consentimientos y Reconocimientos

Para que usted pueda convertirse en paciente, necesitamos su consentimiento para brindarle atención. También necesitamos que reconozca que le hemos proporcionado cierta información y documentos importantes. Si tiene alguna pregunta sobre esta información o necesita ayuda para completar este formulario, no dude en preguntarle a un miembro de nuestro personal. Es importante para nosotros que usted se sienta cómodo con toda esta información. Al firmar y poner sus iniciales en el formulario de consentimiento, usted indica que comprende la información, que se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y que está dando su consentimiento.

### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAR

Acepto voluntariamente recibir servicios de BACHC y autorizo a los proveedores de BACHC a brindar la atención, el tratamiento o los servicios que se consideren necesarios y aconsejables para mí. Entiendo que debo participar en la planificación de mi atención y que tengo derecho a rechazar intervenciones, tratamientos, atención, servicios o medicamentos en cualquier momento en la medida que lo permita la ley. Sé que la atención que recibiré puede incluir pruebas, inyecciones y otros medicamentos, etc., que se basan en criterios médicos establecidos, pero que no están libres de riesgos. Finalmente, sé que BACHC a veces tiene estudiantes/residentes que reciben capacitación como médicos, enfermeras, terapeutas y otros proveedores de atención médica que podrían estar ayudando a cuidarme. Estos estudiantes están bajo la supervisión de proveedores autorizados.

Entiendo que BACHC se compromete a involucrarme en mi atención y que nadie puede recibir atención en BACHC sin aceptar dicha atención, a menos que exista una emergencia. Si hay una emergencia, sé que alguien en BACHC puede ayudarme sin tener que esperar a que yo diga que está bien. Entiendo que algunos servicios requieren que firme otro Consentimiento Informado para el Tratamiento, por lo que es posible que se me pida que lo complete más adelante.

### AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de BACHC y entiendo que la ley exige que BACHC proteja mi información de salud personal. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso de prácticas de privacidad de BACHC y me siento cómodo con las protecciones que me ofrece. Entiendo que hay ocasiones en las que la ley permite que mi información personal de salud se comparta con personas o entidades fuera de BACHC, incluidos, entre otros, para fines de tratamiento, pago y operaciones, cuando lo exija la ley y en conexión con la notificación obligatoria de determinadas enfermedades.

### MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN

BACHC ofrece una amplia variedad de servicios a sus clientes. Entiendo que para poder obtener el mejor servicio para mis necesidades, los programas dentro de BACHC pueden compartir información sobre mi salud para garantizar la calidad y continuidad de mi atención en todas las áreas de servicio.

### INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Entiendo que BACHC participa en ciertos intercambios de información de salud con otros hospitales y centros de salud ubicados en Antelope Valley y áreas circundantes. Su información de salud puede compartirse con estos intercambios para brindar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención, y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Notifique a BACHC si desea "excluirse" y desactivar el acceso a su información de salud, excepto en la medida en que la divulgación de dicha información esté permitida o exigida por la ley.

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Me han entregado una copia del documento de Derechos y Responsabilidades del Paciente de BACHC y entiendo que los derechos y responsabilidades establecidos en ese documento deben regir mis interacciones en BACHC. También entiendo que BACHC y yo somos responsables de cumplir con los derechos y responsabilidades. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja ante BACHC, como se describe en el Manual del Paciente de BACHC. El Manual del Paciente contiene información sobre cómo ser paciente de BACHC, los servicios que ofrece BACHC, el horario de atención y la información de contacto para los servicios.

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REEMBOLSO

Sé que BACHC necesita enviar partes de mi información médica personal a organizaciones que ayudan a pagar mi atención, como mi compañía de seguros o una organización que otorga dinero a BACHC. Autorizo a BACHC a divulgar las partes pertinentes de mis registros para que se pueda pagar mi atención. Si no me siento cómodo con esto, entiendo que puedo solicitar un nivel más alto de protección de privacidad que el que me ofrece la Norma de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

### RECONOCIMIENTO DEL DEBER DE REEMBOLSAR A BACHC POR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Entiendo que BACHC ofrece una escala de descuentos de artículos y servicios de atención médica gratuitos o con descuento a personas que se consideran incapaces de pagar según su nivel de ingresos. Para ser elegible para la escala de descuentos de servicios gratuitos o con descuento de BACHC, tendré que proporcionar al equipo de Servicios al Cliente de BACHC documentos que establezcan que cumplo con los requisitos de elegibilidad de ingresos. Si no proporciono los documentos requeridos a BACHC, soy responsable de pagar mis honorarios por salud médica y conductual en BACHC en su totalidad al momento del servicio.



## **Reconocimiento de Obligación Financiera del Paciente**

Bartz-Altadonna Centro de Salud Comunitario ("BACHC") es un centro de salud calificado a nivel federal que está sujeto a la Sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública. La Sección 330 especifica que los Centros de Salud deben garantizar que a ningún paciente se le negarán servicios por no poder pagarlos. También requiere que los Centros de Salud adopten políticas y procedimientos escritos para maximizar la recaudación y el reembolso de sus costos en la prestación de servicios de salud.

### **ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE:**

- Contribuir al costo de mi atención y tratamiento según lo requiera mi cobertura de seguro médico y según mi capacidad de pago;
- Proporcionar a BACHC la información que necesita para recibir el reembolso por el tratamiento o los servicios que me brinda;
- Solicitar consideración para tarifas con descuento según la escala de descuentos de BACHC según mi nivel de ingresos y proporcionar documentación para respaldar la elegibilidad para tarifas con descuento que puede solicitar el equipo de Registro y Beneficios de BACHC;
- Asistir al equipo de Registro y Beneficios con cualquier solicitud de seguro o beneficios públicos a los que pueda tener derecho;
- Pagar mi copago (si corresponde) cuando me registro para mi cita y pagar mi deducible o cualquier otra tarifa que se pueda adeudar al finalizar la visita médica;
- Pagar mis honorarios por salud médica y conductual recibidos en BACHC en su totalidad al momento del servicio, ya sea al momento del check-in o al check-out según lo solicitado por BACHC si se me considera un paciente que paga por cuenta propia debido al hecho de que tengo cobertura de seguro que BACHC no acepta pero que ha elegido seguir siendo paciente de BACHC.

## Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente

### COMO PACIENTE DE BACHC, USTED TIENE DERECHO A:

#### ACCEDE A LOS SERVICIOS de forma segura y respetuosa

- Reciba servicios en BACHC independientemente de su raza, color, religión, sexo, estado civil, orientación sexual, identidad o expresión de género, dominio del idioma inglés, origen nacional, edad, discapacidad, condición de veterano o cualquier otra condición protegida por la ley.
- Reciba respeto y consideración de cada empleado, voluntario o aprendiz con quien interactúe en BACHC.
- Sentirse seguro de cualquier daño y libre de abuso, intimidación o acoso verbal, físico o psicológico cuando se encuentre en las instalaciones de BACHC.

#### PRIVACIDAD con respecto a su información personal de salud

- Espere que BACHC cumpla con las leyes de privacidad federales y estatales al usar o divulgar información sobre usted o la atención médica y los servicios relacionados que recibe en BACHC.
- Reciba una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de BACHC cuando se registre como nuevo paciente para estar más completamente informado sobre sus derechos de privacidad.
- Participación activa en su atención continua.
- Ayude a los proveedores y al personal de BACHC a desarrollar un plan para el tratamiento y los servicios que recibe en BACHC.
- Proporcionar (o negar) su consentimiento para un tratamiento voluntario, incluida su participación en investigaciones clínicas, y ser informado sobre las consecuencias de rechazar cualquier tratamiento o servicio.
- Proporcionar a los miembros del personal de BACHC comentarios positivos o negativos sobre su atención o expresar sus inquietudes o quejas sobre el Centro de Salud.

#### INFORMACIÓN OPORTUNA sobre su atención

- Reciba información completa sobre su diagnóstico y plan de tratamiento o servicio en un lenguaje sencillo que pueda comprender. Obtener una copia de sus registros médicos cuando lo solicite, a menos que la ley permita que BACHC retenga los registros..
- Reciba una explicación de los costos asociados a su atención en BACHC.
- Obtenga ayuda con referencias a otros proveedores.

### SERVICIOS DE CALIDAD de nuestro centro de salud

- Recibir tratamientos y servicios de atención médica coordinados de acuerdo con los estándares profesionales.
- Reciba servicios de proveedores BACHC con licencia y credenciales.
- Solicitar a BACHC que proporcione asistencia auditiva, lingüística, de alfabetización u otra asistencia de comunicación requerida por la ley.
- Recibir servicios y atención en el entorno menos restrictivo posible, libre de restricciones químicas o físicas.

### COMO PACIENTE DE BACHC, USTED ES RESPONSABLE DE:

#### SUS INTERACCIONES PERSONALES con el equipo de nuestro centro de salud

- Trate a los empleados, voluntarios, aprendices, contratistas u otros pacientes e invitados de BACHC con respeto en todo momento.
- No realizar declaraciones amenazantes u ofensivas en las instalaciones de BACHC.
- No participe en ningún acto de violencia física u otro comportamiento amenazante o inapropiado en las instalaciones de BACHC.
- No distribuya ni use alcohol o drogas en la propiedad de BACHC ni ingrese a una instalación o programa de BACHC bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol.

#### COMPROMISO ACTIVO en su cuidado

- Participe activamente en su tratamiento o plan de servicios en BACHC y manténgase en contacto con sus proveedores sobre su atención.
- Solicite cualquier asistencia auditiva, lingüística, de alfabetización u otra asistencia de comunicación que pueda necesitar al menos 48 horas antes de su visita.
- Preséntese a sus citas al menos 15 minutos antes de lo previsto y avise con antelación siempre que sea necesario cancelar una cita en BACHC.
- Contribuir al costo de su atención que la ley o el plan de salud en el que participa le exigen pagar.

#### Intercambio de INFORMACIÓN OPORTUNA

- Proporcionar a BACHC información completa, precisa y veraz en todo momento.

La Política de Derechos y Responsabilidades del paciente de BACHC otorga a BACHC discreción para tomar medidas que pongan límites a la capacidad de un paciente para recibir tratamiento o servicios en BACHC en función del incumplimiento por parte del paciente de sus responsabilidades o por cualquier otro motivo permitido por la ley. Asimismo, cualquier paciente de BACHC tiene discreción para decidir no buscar tratamiento o servicios adicionales en BACHC en función del incumplimiento por parte de BACHC de los derechos del paciente establecidos en esta declaración o por cualquier otro motivo.

**Si cree que sus derechos como paciente de Bartz-Altadonna CHC han sido violados...**  
comuníquese con nuestro Jefe de Cumplimiento al: (661) 874-4050

## Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo Bartz-Altadonna Centro de Salud Comunitario (BACHC) puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente.

### Sus derechos

Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su expediente médico en papel o electrónico
- Corrija su historia clínica en papel o electrónicamente
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pídanos que limitemos la información sobre usted que compartimos
- Obtener una lista de los con quien hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad
- Elija a alguien para que actúe como su representante personal a efectos de su información de salud
- Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

### Sus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información cuando:

- Dile familia y amigos sobre su salud
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios
- Recaudar fondos

### Nuestros usos y divulgaciones

Nosotros podemos usar y compartir su información cuando:

- Tratarle
- Dirige nuestra organización
- Fractura por tus servicios
- Ayuda con problemas de salud y seguridad pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación laboral, agencia de la ley, y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

*A continuación se establece una descripción más detallada de sus derechos, sus opciones y nuestros usos y divulgación de su información de salud*

### Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades según la ley.

### Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico.

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.
- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta.

### Solicite que modifiquemos su expediente médico

Podemos decir "no", pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

### Petición comunicaciones confidenciales

- Hacer una solicitud razonable para comunicarnos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o para enviarle correo a una dirección diferente.

### Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si eso afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información para fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

### Obtener una lista de los con quien hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro de los 12 meses.

### Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente y le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

### Elige a alguien para que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para la atención médica o si alguien es su guardian legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nuestro Departamento de Servicios Legales puede ayudarlo con la preparación de un documento de poder para atención médica que otorga autoridad para que otra persona actúe en su nombre..

### Presentar una queja si usted siente que sus derechos son violados

- Que puede quejarse si usted siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con Bartz Altadonna CHC en (661) 874-4050.
- Que puede presentar una queja con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios humanos Oficina para Derechos civiles por envío un Carta Para 200 Independencia Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando a 1,877. 696,6775, o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/complaints).
- Que se no represalias contra que para Presentación a queja.

### Sus opciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

## Aviso de Prácticas de Privacidad (Continuado)

En estos casos, generalmente no compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de tu información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

### En el caso de recaudación de fondos:

•Es posible que nos comuniquemos con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no nos comuniquemos con usted nuevamente.

### Nuestros usos y divulgaciones De Información Sobre Usted

#### ¿Cómo usamos o compartimos su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

#### Para tratarte

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### Para ejecutar nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestro centro de salud, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para mejorar la calidad de la atención que le brindamos a usted y a otros.*

#### Con el fin de factura por sus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Podemos dar información sobre usted a su plan de seguro médico para que le paguen los servicios que recibe en el centro de salud.*

#### ¿de qué otra manera podemos usar o compartir Su salud Información?

Que son permitido o Obligatorio Para Compartir su información en otros maneras — por lo general en maneras que contribuir Para la público buena, como como público salud y investigación. Que han Para conocer a muchos condiciones en la ley antes que puede Compartir su información para Estos fines. Si que Quiero Para Aprende más Puedes ir Para:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/Understanding/Consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/Understanding/Consumers/index.html)

#### Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Previniendo enfermedades
- Ayudar con retiradas de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

#### Hacer investigación

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación de la salud.

#### Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

#### Trabajar con un examinador médico o director de funerales

Podemos compartir información de salud sobre un paciente fallecido con un forense, un médico forense o un director de funeraria..

#### Abordar la compensación laboral, agencia de la ley, y otras solicitudes gubernamentales.

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para Ley aplicación fines o con a Ley aplicación oficial
- Con organismos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

#### Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

#### Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos por escrito si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- No compartimos registros relacionados con su participación en un programa de abuso de sustancias de BACHC o sus registros de salud mental con proveedores fuera de BACHC sin su autorización por escrito.

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso o Prácticas de Privacidad estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

BACHC está participando En intercambio regional de información sanitaria (HIE). El HIE es una manera de compartir su información de salud entre las oficinas de médicos participantes, los hospitales, Laboratorios, Radiología centros, hospitales y otros proveedores a través de Secure, electrónico significa. Participantes en la HIE permitennuestro proveedores médicos Para mejor coordinar la salud cuidadoque recibir, pero que tienen el derecho de optar por no salir de la HIE en cualquier momento.

**El acuse de recibo de este Aviso de prácticas de privacidad se indica mediante su firma en nuestro Formulario de consentimiento informado que se escanea en su registro médico electrónico.**