



Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente			
Por favor tenga su identificación a mano para el recepcionista			
Apellido:	Primer Nombre e Inicial Segundo Nombre:	Fecha Nac. (Mes/Día/Año):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:	Teléfono Trabajo:	
Correo Electrónico:	Número Seguro Social: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No Desea Contestar		
Parte Responsable: <input type="checkbox"/> Si Mismo <input type="checkbox"/> Otro (Si es otro, completar abajo)			
Nombre: _____		Relación con el paciente: _____	
Correo Electrónico: _____		Teléfono Celular: _____	
Fecha de Nac.: (Mes/Día/ Año) _____			
Contacto de Emergencia:			
Nombre: _____		Relación con el Paciente: _____ Teléfono Celular: _____	

Información Adicional	
Doctor Primario (Indicado en la tarjeta del Seguro Médico):	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Legalmente Separado/a	
Idioma: _____ <i>Usted necesita de un traductor para sus citas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americ./ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro - Americano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otro /Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Más de una Raza <input type="checkbox"/> Declina especificar <input type="checkbox"/> Otro: _____
Etnicidad (elija una): <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicano <input type="checkbox"/> Puerto Riqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Sur Americano <input type="checkbox"/> Centro Americano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Declina especificar	
Farmacia: <input type="checkbox"/> ELFHCC– Lincoln/Lemington <input type="checkbox"/> ELFHCC – East Liberty <input type="checkbox"/> Otra (Por favor especifique):	
Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	



Información de Seguro Médico:	
Por favor tenga su identificación a mano para el recepcionista.	
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro (ELFHCC atenderá a todo paciente independiente de su capacidad para pagar)	
Seguro Primario:	
Miembro ID:	Co-pago (indicado en la tarjeta):
Nombre del Asegurado:	Relación del paciente con el seguro:
Número de Grupo:	<i>Número Medicare (Si aplica):</i>

Seguro Secundario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> N/A	
Seguro Secundario:	
Miembro ID:	Co-pago (indicado en la tarjeta):
Nombre del Asegurado:	Relación del paciente con el seguro:
Número de Grupo:	<i>Número Medicare (Si aplica):</i>

Evaluación Financiera del Paciente	
Si hay disponible un descuento de pago le será informado. El descuento de pago es determinado en base a su renta mensual y el número de miembros de su familia. Si usted califica, por favor complete el formulario del Programa de Descuento adjunto. Junto con éste debe presentar una prueba de ingreso.	
Ingreso Neto aproximado \$: (total por hogar):	<input type="checkbox"/> Declina contestar
<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
Número de miembros en la familia:	
FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA OFICINA):	
<input type="checkbox"/> Documentation on Proof of Income <input type="checkbox"/> Proof of Income/Unemployment <input type="checkbox"/> Picture ID <input type="checkbox"/> Proof of Address <input type="checkbox"/> Non Proof of Income (The patient will be set to 100% responsibility level)	
Assigned Sliding Fee Schedule / Sliding Scale Type: <input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> L6+ or N/A	



Información Adicional	
Debido a regulaciones de reporte federal, la siguiente información es requerida para todo paciente. Toda la información es confidencial y debe ser recopilada anualmente.	
Esta usted empleado como trabajador en agricultura?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<i>Si es así, por favor indique que tipo de trabajo realiza</i>	<input type="checkbox"/> Agricultura Temporal <input type="checkbox"/> Agricultura Migratoria
Es usted un veterano?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Está usted sin vivienda?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<i>Si usted respondió sí a lo indicado arriba, por favor especifique su situación habitacional.</i>	<input type="checkbox"/> Refugio para gente sin vivienda <input type="checkbox"/> Transitoria <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> En la Calle <input type="checkbox"/> Apoyo permanente de vivienda <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe
En la actualidad vive en una casa del estado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tiene alguna necesidad para comunicarse? Visual o auditiva, etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<i>Si es así, por favor especifique.</i>	<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Cognitiva
Comprendo que toda información será transmitida al Sistema de Registro Electrónico de Pennsylvania (PIERS). Para la opción de no emitirla puedo llamar al 877-774-4748 o contactar por correo electrónico RA-DHVaxRecords@pa.gov	

Orientación Sexual / Identificación de Género (OS/IG)	
Identidad de Género: Cómo se describe a si mismo? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino-a-Masculino /Transgénero Masculino/Trans Hombre <input type="checkbox"/> Masculino-a-Femenino /Transgénero Femenino/Trans Mujer <input type="checkbox"/> Género queer/Género No-Confirmado <input type="checkbox"/> Prefiere no revelarlo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro:	Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Orientación Sexual: Lo que usted se considera ser: <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No definido <input type="checkbox"/> Prefiere no revelarlo <input type="checkbox"/> Algo diferente (Por favor especifique):

Declaración del Paciente:		
<p>CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE RENDIDO ES VERDADERA. ENTIENDO QUE EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER PROPORCIONARÁ ATENCIÓN MÉDICA, DENTAL, INCLUYENDO OTROS PROFESIONALES ANEXOS, JUNTO CON ENFERMERAS ASISTIDAS PARA PROPORCIONAR CUIDADOS. ÉSTO CON LA CONCLUSIÓN DE DIAGNÓSTICOS, EXÁMENES TERAPEÚTICOS, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CONSIDERADOS NECESARIOS O RECOMENDABLES DEACUERDO AL CRITERIO DEL PROFESIONAL CERTIFICO QUE EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER NO ES RESPONSABLE POR NINGUNA ACCIÓN U OMISIÓN EN LAS SIGUIENTES ORDENES DEL DOCTOR. DOY AUTORIZACIÓN A CUALQUIER SERVICIO REALIZADO A MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES. ACEPTO RESPONSABILIDAD EN LOS PAGOS Y CARGOS DE SERVICIOS OTORGADOS A MI PERSONA Y DEPENDIENTES. ENTIENDO QUE TODOS LOS CARGOS DEBEN SER CANCELADOS AL MOMENTO DEL SERVICIO ENTREGADO. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS DE SALUD A EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER. ACEPTO EL COMPROMISO EN LOS GARGOS INCURRIDOS Y COBROS A ESTA CUENTA. AUTORIZO A EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER A PROPORCIONAR TODA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR ESTA U OTRA SOLICITUD ASOCIADA. HE RECIBIDO UNA COPIA DE NOTIFICACIÓN EN PRACTICAS DE PRIVACIDAD. UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE DATOS ES PERMITIDA EN LUGAR DE LA ORIGINAL. EN BENEFICIO E INTERÉS DE MI SALUD, SOY RESPONSABLE DE ASEGURARME DE QUE MI DOCTOR TENGA AL DÍA MI NÚMERO TELEFÓNICO Y DIRECCIÓN, YA QUE MI DOCTOR PODRÍA TENER QUE CONTACTARME EN RELACIÓN A MI SALUD. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, LE DOY AUTORIZACIÓN A EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER A ACCEDER A MI HISTORIAL DE MEDICINAS EXTERNO.</p>		
Nombre:	Firma:	Fecha:
Testigo Clínica:	Firma:	Fecha:



Consentimiento para Tratamiento, Divulgación de Expedientes, Pagos y Opciones de Cuidado Médico

Consent to Treatment, Form, Record, Release, Payment, and Health Care Options

Consentimiento para tratamiento

A través de mi firma, reconozco que he solicitado servicios de salud en East Liberty Family Health Care Center (ELFHCC). Libre y voluntariamente doy mi autorización al personal médico, dental, de enfermería y otros en ELFHCC a brindarme atención médica, administrar medicamentos y realizar pruebas de diagnóstico y terapéuticas. Incluyendo procedimientos y tratamientos indicados para mi cuidado.

Registros

Doy mi autorización para que East Liberty Family Health Care Center (ELFHCC) de acceso a mi información médica, incluyendo los registros médicos electrónicos, a mi compañía de seguro médico y otros proveedores de salud involucrados en el cuidado de mi salud y a las organizaciones pertinentes.

Citas

Estoy de acuerdo en acudir a citas programadas y cumplir con los planes de cuidado acordados con mi médico (s). En el caso de no poder presentarme a una cita, estoy de acuerdo en notificar al Centro Médico con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar. Me comprometo a mantener un trato cordial con todo el personal y profesionales de la Salud de East Liberty Family Health Care Center.

Facturación

Autorizo a East Liberty Family Health Care Center (ELFHCC) a facturar a mi aseguradora y solicitar pagos directos a ELFHCC. Certifico que la información que he dado sobre mi cobertura de seguro u otras fuentes de pago es correcto. Autorizo a East Liberty Family Health Care Center a actuar en mi nombre y como mi representante para solicitar reconsideración por mi atención médica al plan de administración o la utilización de información a la entidad de cobertura.

Responsabilidad financiera

Con el fin de proporcionar servicios de atención médica consistentes con la declaración de la misión de East Liberty Family Health Care Center, entiendo que éste requiere que los pacientes contribuyan con los costos por la atención de salud recibida, esto de acuerdo a su capacidad. Para el cumplimiento de la misión, entiendo que East Liberty Family Health Care Center se compromete a proporcionar servicios de salud considerando la capacidad a pagar de sus pacientes y a respetar la responsabilidad financiera de todos sus pacientes.

Entiendo que East Liberty Family Health Care Center ofrece servicios de asesoramiento financiero, que incluye el programa de descuento de tarifas. El descuento (Escala de Pago) toma en consideración el tamaño de la familia e ingresos.

Consentimiento para obtener la historia externa de prescripciones

Autorizo a East Liberty Family Health Care Center y su proveedor afiliado acceso a mi historial de prescripción externa, esto mediante el servicio de RxHub. Entiendo que el historial de recetas de múltiples proveedores médicos afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia pueden ser visible por el personal de East Liberty Family Health Care Center, que además puede incluir varios años atrás.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN CERTIFICA QUE LEÍDO Y ENTENDIDO EL ALCANCE DE MI CONSENTIMIENTO Y QUE AUTORIZO EL ACCESO.

Prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido una copia del aviso de privacidad de East Liberty Family Health Care Center, que describe cómo puede utilizar y divulgar mi información médica privada, y cómo puedo acceder a ésta y controlar el uso y divulgación de esta información.

He leído este consentimiento para tratamiento, divulgación de expedientes, pagos y opciones de cuidado médico y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Firma _____ Fecha _____ (mes/día/año)

Si el paciente es menor de edad o tiene un representante legal, padre. Por favor que firme a continuación:

Firma _____ Fecha _____ (mes/día/año)

(Relación con el paciente)



AFFIDAVIT

I am providing this affidavit to verify my income, as I have no other income documentation available to me.

(Yo estoy haciendo este documento oficial para verificar, como no tengo otra documentación disponible.)

I declare that our income is from: *(Yo declare que nuestros ingresos son de):*

Family Member Name Who Receives Income (nombre del miembro de familia quien recibe ingreso)	Source of Income (Fuente de ingreso)	Amount Received (Cantidad recibido)	How Often Received (Cuanta frecuencia recibido)	Total for Year <i>(Total del año)</i>

I certify that our family will receive a total yearly income of: \$_____.

(Yo certifico que nuestra familia recibirá un ingreso total del año de) \$_____

I understand that this information is subject to verification by the state of Pennsylvania. I certify that the information presented in this letter is true and correct to the best of my knowledge and belief.

(Yo entiendo que esta información esta sujeto al verificación por el estado de Pensilvania. Yo certifico que la información presentada en esta carta esta verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia.)

Signed (Firmado),

Name (*Nombre completo*) _____

Signature (*Firma*) _____

Date (*Fecha*) _____



ATTACHMENT C



PUBLIC NOTICE SIGNAGE
Sample Discount Fee Policy Signs

NOTICE TO PATIENTS

**This practice serves all patients regardless of ability to pay
Discounts for essential services are offered depending upon family size and
income You may apply for a discount at the front desk**

*** * ***

AVISO PARA PACIENTES

**Los centros de salud ofrecen servicios de atención médica primaria y
preventiva, sin considerar la capacidad de los pacientes para pagar.
Los cargos generados por servicios de salud son calculados de acuerdo al nivel de
ingreso del paciente.
Pacientes pueden aplicar para servicios médicos con la recepcionista en la
clínica.**

ATTACHMENT C (cont'd)**NOTICE****This Practice has Adopted the Following Policies for Charges for Health Care Services**

We will charge persons receiving health services at the usual and customary rate prevailing in this area. Health services will be provided at no charge, or at a reduced charge, to persons unable to pay for services. In addition, persons will be charged for services to the extent that payment will be made by a third party authorized or under legal obligation to pay the charges.

We will not discriminate against any person receiving health services because of his/her inability to pay for services, or because payment for the health services will be made under Part A or B of Title XVIII ("Medicare") or Title XIX ("Medicaid") of the Social Security Act.

We will accept assignment under the Social Security Act for all services for which payment may be made under Part B of Title XVIII ("Medicare") of the Act.

We have an agreement with the State agency which administers the State plan for medical assistance under Title XIX ("Medicaid") of the Social Security Act to provide services to persons entitled to medical assistance under the plan.

AVISO**La clínica ha adoptado las siguientes pólizas relacionadas con costos por servicios de salud**

Aplicaremos costos por servicios de salud a las personas basado en la tasa promedio. El servicio de salud proporcionara atención sin costos, o con costos reducidos, a personas imposibilitadas de pagar. Habrá un recargo por servicios proporcionados a pagar de acuerdo a la capacidad del paciente o a pagar por un tercero autorizado o bajo obligación legal por el pago de los costos.

No se privará servicios médicos a las personas debido a la incapacidad del pago por éstos, o porque el pago de las prestaciones que se otorgaron bajo el Título XVIII ("Medicare") Parte A y B o por el Título XIX ("Medicaid") del Acta del Seguro Social.

Aceptaremos solicitudes bajo el Acta del Seguro Social por todas las prestaciones que se pagarán bajo Parte B del Título XVIII ("Medicare") del Acta.

Tenemos un convenio con la agencia del estado que administra el plan de asistencia médica del Estado bajo el Título XIX ("Medicaid") del Acta del Seguro Social para proporcionar servicios a personas que califican bajo el plan de asistencia médica.



AUTORIZACIÓN DE ACCESO AL REPRESENTANTE

Información del Paciente

Nombre / *First Name*: _____ Apellido: *Last Name*: _____

Fecha de Nacimiento: *DOB*: Mes/ ____ Día/ ____ Año/ _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____

Tipo de Acceso para el Representante (13 a 17 años de edad) (marcar con su inicial)

Completo (acceso a toda información médica en el portal del paciente) _____

Tipo de Acceso para el Representante (18 años o mayor) (marcar con su inicial)

Completo (acceso a toda información médica en el portal del paciente) _____

Parcial (acceso a información médica específica en el portal del paciente - atrás en el formulario) _____

Información del Representante

Nombre / *First Name*: _____ Apellido: *Last Name*: _____

Fecha de Nacimiento: *DOB*: Mes/ ____ Día/ ____ Año/ _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

Relación del Representante con el Paciente

Padre: _____

Tutor Legal asignado por la Corte: _____

Esposo/a: _____

En caso de otro, Por favor especificar _____

He leído, entiendo y estoy de acuerdo en dar acceso a mi portal del paciente en East Liberty Family Health Care Center a la persona indicada anteriormente. Junto con esto confirmo que soy el paciente indicado arriba y que toda la información que he proporcionado es correcta. Tengo conocimiento y estoy de acuerdo que al dar acceso, mi representante podrá acceder a mi información médica protegida.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Acceso Parcial para el Representante incluye:

- Acceso a página principal
- Demografía: Actualización de Dirección y Farmacia
- Información a la Sección Demográfica del Paciente
- Acceso a Cuentas Actuales
- Acceso a Cuentas Anteriores
- Plan de Tratamiento Dental
- Dirección a ubicaciones de oficinas médicas
- Acceso a horarios de atención y ubicación
- Listado de Profesionales de la Salud
- Signos Vitales y Notas Médicas (para pacientes menores de 18 años)
- Inmunizaciones Previas
- Solicitud Historial de Inmunizaciones con Formulario Estatal
- Prueba Compatibilidad Televisita, Televisita Preguntas Frecuentes
- Pólizas de ELFHCC Publicadas en el Portal



East Liberty Family Health Care Center

A CHRISTIAN MINISTRY OF
WHOLE PERSON HEALTH CARE

East Liberty Family Health Care Center

Información Padre/Guardián Legal de un Menor *Parent/Legal Guardian Information for Minor Children*

(completar un formulario por niño/a)

Nombre del Menor: _____

Fecha de Nac.: _____
(mes/día/año)

Dirección: _____

Información Padre/Guardián Legal

Información Padre/ Guardián Legal

Nombre:	Nombre:
Fecha de Nac.: (mes/día/año)	Fecha de Nac.: (mes/día/año)
¿La dirección es la misma que el paciente? (marque una opción): <i>Si No</i>	¿La dirección es la misma que el paciente? (marque una opción): <i>Si No</i>
Si no, escriba la dirección a continuación:	Si no, escriba la dirección a continuación:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Estado:	Estado:
Código Postal:	Código Postal:
Número Telefónico:	Número Telefónico:

Yo, _____, Padre/Guardián Legal (si es Guardián Legal adjunte una copia con la orden de la corte) del menor mencionado arriba aseguro que; a la fecha de hoy no hay orden de la corte en efecto que prohíba al padre/guardián legal mencionados arriba a autorizar tratamiento médico/dental, para el menor nombrado arriba o que se haya asignado un representante personal para el niño/a.

Es responsabilidad del padre/guardián legal el notificar a East Liberty Family Health Care Center, si la información compartida en este documento cambia.

Firma del Padre/Guardian Legal

Fecha (mes/día/año)



**EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL
PATIENT AUTHORIZATION FOR PERSONAL REPRESENTATIVE**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

mes/ día/ año

Dirección del Paciente: _____

Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

Propósito de la Autorización:

Autorizo a: East Liberty Family Health Care Center
7157 Mary Peck Bond Place
Attn: Medical Records
Pittsburgh, PA 15206
Phone: 412-661-2802
Fax: 412- 661-8020

A compartir la siguiente información protegida de mi persona /mi niño(a), la persona a continuación, quien está autorizada a actuar como mi representante y de mi niño(a), con el propósito de recibir información médica protegida de mi persona y niño(a). Como mi representante y de mi niño(a), él /ella puede: (marcar con su inicial lo que aplique):

- Agendar citas para servicios de salud
- Tener conversaciones con el profesional de salud acerca de pruebas de rutina y tratamientos (que no requieran un permiso informado)
- Acceso a información médica necesaria para tratamiento y pruebas de rutina con el profesional de la salud.
- Para comunicar asuntos relacionados con cuentas y seguro médico.

Como el representante personal de un menor de edad, él/ella puede: (marcar con su inicial lo que aplique):

- Acompañar a mi niño(a) a sus citas en East Liberty Family Health Care Center.
- Tomar decisiones de naturaleza rutinaria determinadas de acuerdo a la discreción del médico/ enfermera de mi niño(a) durante su cita.

Note: Este formulario no aplica a la entrega de información en tratamiento de salud mental, drogas, alcohol e información comunicable de enfermedades o decisiones importantes de cuidados médicos involucrados.

Nombre del Representante Personal del Paciente

Número telefónico del Representante Personal

Dirección del Representante Personal

Vencimiento o término de la Autorización: Esta autorización permanecerá efectiva hasta que usted le dé término o el menor cumpla 18 años de edad.



**EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL
PATIENT AUTHORIZATION FOR PERSONAL REPRESENTATIVE**

Derecho a revocar o dar término: Usted tiene el derecho a revocar o dar término a esta autorización al enviar una solicitud por escrito. Por favor comuníquese con el Departamento de Expedientes Médicos al teléfono indicado anteriormente, para las instrucciones en la revocación de esta autorización.

Acciones del Representante: East Liberty Family Health Care Center no tiene control sobre las personas que usted seleccione como representante. Por lo tanto, el compartir información de salud protegida a través de esta autorización, no está protegida bajo los requerimientos de Reglas de Privacidad y no será de nuestra responsabilidad.

Firma del Paciente

Fecha (mes/día/año)

Firma del Guardián Legal /Representante Legal

Fecha (mes /día/año)

Nombre Impreso del Guardián Legal/Representante Legal

Bases de la Autoridad del Guardián legal/Representante Legal

Si usted es el Guardián Legal /Representante Legal proporcionando la autorización legal, por favor marque las bases de la autoridad.

Padre del Menor

Orden de Tutela (copia adjunta)

Poder Legal (copia adjunta)

Otra, por favor especifique: _____

REVOCACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, _____, por la presente revoco la autorización que he dado

Nombre Impreso Paciente/Padre/Guardián Legal

al representante personal en East Liberty Family Health Care Center, con fecha _____ a
(mes/día/año)

_____. Yo entiendo que esta revocación no aplica a las acciones de East Liberty
Nombre del Representante Personal Indicado
Family Health Care Center tomadas en relación a la autorización firmada anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha (mes/día/año)

Firma del Guardián Legal/Representante Legal

Fecha (mes/día/año)

Nombre Impreso del Guardián Legal/Representante Legal



Autorización para Divulgar y Obtener Información Dental y/o Médica

Authorization for Release of Medical and/or Dental Records

Autorizo la entrega de mi información médica, como es descrita a continuación:

HACIA (TO):

DESDE (FROM):

Oficina Médica: East Liberty Family Health Care Center
Dirección: 7157 Mary Peck Bond Place
Ciudad: Pittsburgh **Estado:** PA **Cód. Post.:** 15206
Teléfono: 412-661-2802 **Fax:** 412-661-8020

Oficina Médica: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cód. Post.:** _____
Teléfono: _____ **Fax:** _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
(mes/día/año)

Dirección del Paciente: _____

Teléfono _____ Nu. de Seguro Social _____

INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DIVULGADA:

Expediente Médico Expediente Dental Otro (por favor especifique) _____

Período Cubierto(s) de Salud: Desde: _____ (fecha)** Hasta: _____ (fecha)**

***Si las fechas no son proporcionadas, el departamento de expedientes médicos proporcionará tres años anterior a la fecha de la solicitud.*

Con el Propósito de: (marque las que apliquen):

Continuar Servicios Determinación de salud y pagos Uso Personal Razones Legales
 Otro (por favor especifique) _____

Entiendo que mis expedientes de salud, con relación a enfermedades infecciosas, uso de drogas - alcohol y salud mental pueden ser parte de la documentación general. Tales como, pero no limitadas a historia y físicos y documentación de citas, lo que sería divulgado también.

Documentos separados, pertenecientes a cuidados de especialistas internos o externos relacionados con lo siguiente, **NO SERÁ DIVULGADO**, a menos que yo o mi representante legal lo autorice como es indicado más abajo:

VIIH _____ Drogas/Alcohol _____ Salud Mental /Cuidado Siquiátrico _____

Entiendo que:

- Los expedientes divulgados bajo esta autorización, podrían ser divulgados nuevamente por la entidad que los recibe. Por lo tanto si East Liberty Family Health Care Center ha divulgado estos expedientes; **1.** No es responsable de la re-divulgación. y **2.** Que tal información no continuará estando protegida por la Regla de Privacidad.
- Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Excepto y en la extensión de que esta acción se ha tomado basada en esta autorización.
- Mi decisión de revocar esta autorización, no aplica a otras autorizaciones de divulgación que se han realizado antes de tal fecha de revocación.
- A menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá en noventa (90) días.
- Tengo derecho a una copia de este formulario completo.
- No se me negará tratamiento en East Liberty Family Health Care Center si me niego a firmar este formulario.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Si el paciente indicado anteriormente es un menor de edad o no puede firmar y usted es el padre, guardián legal, o representante personal, firmar en representación de este paciente. Por favor firme arriba y complete lo que sigue a continuación:

Firma del Testigo

Fecha

Office use only: Patient received copy of release form Patient refused copy of release form

Date Reviewed: _____



Conocimiento en Prácticas de Privacidad

Notice of Privacy Practices

El presente describe cómo su Información médica puede ser usada y compartida. Junto con hacerle saber cómo puede tener acceso a esta Información. Por favor lea cuidadosamente el documento.

La Información de salud protegida (PHI en inglés), es mantenida en un registro escrito y/o electrónico, con sus datos de contacto y visitas médicas con nuestra clínica. El PHI es específicamente información relacionada con usted que Incluye su Información demográfica. (ejemplo; nombre, dirección, teléfono, etc.) La que le Identifica y se puede relacionar con servicios de salud, condición física o mental de su pasado, presente o futuro.

Nuestra clínica debe seguir los requerimientos en la mantención de confidencialidad de su PHI, siguiendo estas reglas específicas al usar y compartir su información. Este documento describe sus derechos en el acceso y manejo de ésta. A la vez describe la aplicación de reglas al usar y compartir su PHI cuando se le proporcione tratamiento, en la obtención de pagos por servicios que ha recibido, en el manejo de nuestros procedimientos de salud, y otros propósitos permitidos o requeridos por ley.

Sus Derechos Bajo las Reglas de Privacidad

El respeto de sus derechos es un mandato bajo la Regla de Privacidad aplicada al PHI. Por favor en caso de tener preguntas siéntase libre de consultar al personal de nuestra clínica.

Usted tiene el derecho, y nosotros la obligación de proporcionarle una copia de la Notificación en Prácticas de Privacidad. Es requerido por ley cumplir con los términos en esta Notificación. Nos reservamos el derecho para hacer cambios en los términos de nuestra Notificación, creando y haciendo efectivo clausuras para todo PHI que usemos. Le enviaremos una copia a su correo electrónico, o le proporcionaremos una en su próxima cita. Esta Notificación está publicada en nuestra clínica en un lugar destacado, y a la vez en nuestra página web.

Usted tiene el derecho a autorizar otro uso y publicación -Esto significa que solo usaremos o podremos compartir su Información (PHI) de acuerdo a lo descrito en esta Notificación, a menos que usted autorice otro uso o publicación por escrito. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización escrita para usar o entregar su PHI para propósitos comerciales, comúnmente usado o publicado en documentación sicoterapeuta, o si está la intención de vender su PHI. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, esto por escrito y con la excepción y en la extensión que su médico, o nuestro centro de salud haya tomado como acción en uso o publicación indicada en la autorización.

Usted tiene el derecho a solicitar una alternativa en la comunicación por confidencialidad – Esto significa que usted tiene el derecho a solicitar que le contactemos por asuntos médicos con métodos alternativos (ejemplo: correo electrónico, teléfono), y/o destino (ejemplo: número teléfono celular, dirección alternativa, etc.) determinado por usted. Usted debe informarnos por escrito, utilizando un formulario proporcionado por nuestra clínica, indicando cómo desea que le contactemos, si hay otra que su dirección/número telefónico que tenemos en archivo. Atenderemos a toda petición razonable.

Usted tiene el derecho a verificar una copia de su PHI* - Esto significa que usted puede enviar una solicitud escrita para obtener, una copia de su Información de salud protegida (PHI) para su revisión o para dar conocimiento de su PHI a una tercera persona. Si su expediente médico es mantenido en forma electrónica, usted tendrá el derecho a solicitar una copia en formato electrónico. Tenemos el derecho a establecer una tarifa razonable en el costo por copias en papel o electrónicas, basado en las pautas federales. Tenemos el deber de proporcionarle acceso a sus expedientes dentro de 30 días desde su solicitud escrita, a menos que sea necesaria una extensión. En tales casos, le notificaremos la razón del retraso, y la fecha en que la solicitud será cumplida.

Usted tiene derecho a solicitar restricción en su PHI* -Esto significa que puede solicitar por escrito, no usar o publicar ningún segmento de su Información de salud protegida, teniendo como propósito tratamiento, pagos u operaciones de salud. Si estamos de acuerdo con su petición de restricción, le daremos cumplimiento a ésta, con la excepción de circunstancias de emergencia, en la que la Información es requerida para su tratamiento. En ciertos casos, podríamos negarnos a su solicitud de restricción. Usted tendrá el derecho a solicitar por escrito la restricción en la entrega de Información a su plan de salud que esté relacionada con tratamiento específico o servicio que usted u otra persona, o su propio representante ha pagado en efectivo. No tenemos permitido negar este tipo específico de solicitud en la restricción.

Usted puede tener el derecho a correcciones a su información de salud protegida* - Esto significa que usted puede solicitar correcciones de su PHI con la consideración de mantener esta información. En ciertos casos podríamos negarnos a esta solicitud.

Usted tiene el derecho a solicitar una publicación documentada* - Esto significa que usted puede solicitar un listado con las publicaciones que se han realizado de su PHI, incluyendo las entidades y personas externas a nuestra clínica, con la excepción de las realizadas por su solicitud y con fines de tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de la salud. No solicitaremos pago por las inventariadas en un primer período de 12 meses.

Usted tiene derecho a recibir aviso de incumplimiento - Usted tiene el derecho a recibir una notificación escrita, si el centro de salud a descubierto un incumplimiento de su PHI no asegurado. Ésto, a través de una evaluación de riesgo que hace necesario notificárselo.

*Si usted tiene preguntas relacionadas con sus derechos de privacidad, o desea enviar una solicitud escrita como las enunciadas en este documento, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad. La Información de contacto es proporcionada a continuación.

Cómo podemos Usar o Publicar Información Protegida de Salud Los siguientes son ejemplos en el uso y publicación de Información protegida de salud, las que tenemos permitido realizar. Estos ejemplos no involucran todas las posibilidades, pero describen factibles usos y publicación.

Tratamiento - Podríamos usar y entregar su PHI para proporcionar, coordinar, o manejar el cuidado de su salud y otros servicios relacionados con ésta. Este Incluye la coordinación y manejo de su salud con terceras partes que estén Involucradas en su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, podríamos compartir su PHI, con una farmacia que le dará sus medicinas. También podríamos compartir su PHI con otros profesionales de la salud que pueden estar Involucrados en su cuidado y tratamiento.

Pagos - Su PHI sería usado en la necesidad de obtener pago por los servicios otorgados para su salud. Esto puede incluir actividades que su aseguranza pueda requerir antes de aprobar o pagar por servicios de salud que le estemos recomendando, tales como; determinar aceptabilidad en cobertura por beneficios de la aseguranza.

Operaciones de Salud - Podríamos usar o compartir su PHI, de acuerdo a lo necesario y con el propósito de permitir actividades comerciales de nuestro centro de salud. Lo que incluye, pero no se limita a; planificación comercial y desarrollo junto con control de calidad - mejoramiento, evaluación médica, servicios legales, auditorias y actividades de seguridad del paciente.

Notificaciones Especiales- Podríamos usar o compartir su PHI, en la necesidad de contactarle para recordarle de su cita. Podríamos comunicarnos por teléfono u otra forma para proporcionarle resultados de sus exámenes o pruebas otorgándole información, la que describe o recomienda tratamientos alternativos relacionados con su cuidado o para proporcionar Información acerca de beneficios para la salud y servicios ofrecidos por nuestra clínica.

A la vez contactarle en relación a actividades de recaudación de fondos, pero tendrá el derecho a salirse de notificaciones relacionadas con recaudación de fondos. Cada notificación de esta naturaleza Incluye la opción para salir de ésta.

Información en organizaciones de salud - El centro de salud podría determinar usar Información con organizaciones de salud u otra tales como; organizaciones que faciliten Intercambio electrónico de Información con el objetivo de tratamiento, pagos u operaciones de salud.

A Otros Involucrados en el Cuidado de su Salud- A menos que usted no lo apruebe, podríamos compartir su PHI con un miembro cercano de su familia, un pariente, amistad cercana u otra persona que usted conozca directamente y esté involucrada en el cuidado de su salud. Si usted no está de acuerdo u objeta tal publicación, podríamos dar información en el evento de ser estrictamente necesario por su beneficio y esto basado en nuestro criterio profesional. Podríamos usar o compartir su PHI para, notificarle o asistirle en informar a un miembro de su familia, representante personal u otra persona responsable por su cuidado, condición general o muerte. Si usted no está presente o no es capaz de comunicar si está de acuerdo u objeta el uso o publicación de su PHI. (ejemplo; en una situación de auxilio en desastre), entonces su médico haciendo uso de su criterio profesional, determinará si es necesario compartir la Información, de acuerdo a lo que sea conveniente para usted. En este caso, solo el PHI necesario será el compartido.

Otros Permitidos y Requeridos Usos y Publicación - También tenemos permitido usar y compartir su PHI sin su autorización escrita o la oportunidad de objetarlo; si es requerido por el Estado o ley federal: en actividades públicas de salud y asuntos de seguridad (ejemplo; retirada de un producto), por actividades de control de salud; en caso de abusos, abandono, o violencia doméstica, para evitar una seria amenaza para la salud y seguridad; por Investigación: en respuesta a una orden de la corte y citaciones con requerimientos específicos, médico legal o director funeral; para responder a solicitud en donación de órganos y tejidos; para manejo en compensación de trabajadores, cumplimiento de la ley y ciertos requerimientos gubernamentales y para función gubernamental específica (Ejemplo; militar, seguridad nacional, etc.). También en relación a un grupo plan de salud, para entregar Información al auspiciador del plan de salud en su administración; y si es solicitado por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud para la Investigación o determinar nuestro cumplimiento con lo requerido en Reglas de Privacidad.

Cumplimiento de Privacidad -

Usted tiene el derecho de queja con nosotros o directamente con el Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud, si usted considera que su derecho de privacidad ha sido violado por nosotros. No tomaremos represalia alguna contra su persona por presentar una queja.

Usted puede hacer preguntas acerca de sus derechos de privacidad, presentación de una queja o el envío de una solicitud escrita (para acceso, restricción o revisión de su PHI o para obtener el cumplimiento de privacidad) al notificar nuestro Oficial de Privacidad al 412-661-2802.

Fecha efectiva 18 de marzo del 2019 Fecha de Publicación 13 de mayo del 2019