

### Información Demográfica

Fecha en que se completó esta forma:						
Nombre Legal:		Apellido Legal:		Inicial del Segundo Nombre:		
Nombre Preferido (si es diferente de arriba):			Nombres Anteriores (i.e., soltera, casado):			
Fecha de Nacimiento:		Número de Seguridad Social (no es necesario):				
Sexo:	Hombre	Identidad de Género: Pronombres Preferidos:	Hombre	Mujer	Transgénero	Otro: _____
	Mujer		Él	Ella	Ellos/Ellas	Otro: _____
Raza:	Blanco/Caucásicos	Negro/Afroamericana		Indio Americano o Nativo de Alaska		
	Asiático	Islaño del Pacífico o Hawaiano		Más de una raza	Prefiero no responder	
Etnia:	Hispano/Latino	No Hispano/Latino		Prefiero no responder		
Estado Civil:	Casado	Soltero	Divorciado	Separado	Viudo	Pareja
Orientación Sexual:	Heterosexual		Lesbianas/gays	Bisexuales	Otro	
Estado Veterano:	Veterano		Cónyuge de Veterano		No Corresponde	
Estado del hogar:	No sin hogar		En riesgo de quedarse sin hogar		Vivienda transitoria	
	Vivir con otros	Hotel de ocupación individual		Vivir en un refugio		Refugio desconocido
Niños en riesgo de quedarse sin hogar	Actualmente, no sin hogar, fue en los últimos 12 meses		Calle, campamento, puente		Veterano en riesgo de quedarse sin hogar	
Situación Laboral:	Tiempo completo		Medio tiempo	Autónomo		No empleado
	Retirado	Discapacitado		Niño	Estudiante de tiempo completo	
	Estudiante a tiempo parcial		En servicio militar activo	Trabajador Migrante	Trabajador estacional	
Ingreso familiar * Nota: Esto no reemplaza el proceso de solicitud de tarifa deslizante			Tamaño de la familia		Ingresos anuales del hogar	
			_____		\$ _____	

### Información de Contacto

Dirección Física:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Mailing (if different):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Celular:	¿Podemos enviar un mensaje de texto a este número?		Si	No
	¿Podemos dejar mensajes de voz detallados con información de salud?		Si	No
Casa:	¿Podemos dejar mensajes de voz detallados con información de salud?		Si	No
Trabajo:	¿Podemos dejar mensajes de voz detallados con información de salud?		Si	No
Utilizaremos este correo electrónico para el portal del paciente a menos que opte por no participar.	Correo Electrónico: _____		Elijo optar por no participar	
Crea una cuenta de portal para que otra persona acceda a su información de salud	Correo Electrónico: _____		Parentesco Contigo: _____	

### Contactos de Emergencia y Familiares Más Cercanos

Al enumerar a estas personas, nos proporciona el permiso para contactarlos en caso de que no podamos comunicarnos con usted a los números de contacto que ha proporcionado.

	Nombre	Relación	Número de Teléfono
contacto de emergencia 1			
contacto de emergencia 2			
Familiares Más Cercanos			
Tuto (si corresponde)		Tuto Legal	
Agencia de Asistencia Domiciliaria /Cuidador (si corresponde)		Agencia de Asistencia Domiciliaria /Cuidador	
Instalación de Hogar (si corresponde)		Instalación de Hogar	

### Compartir mi Información Protegida

<p>Puede discutir mi información de salud con las siguientes personas. Entiendo que depende de mí actualizar esta lista si deseo hacer cambios.</p>	<p><u>NO</u> puede discutir mi información de salud con las siguientes personas. Entiendo que depende de mí actualizar esta lista si deseo hacer cambios.</p>
<p>Nombre: Apellido: Relación: Número de Teléfono:</p> <p>Lo que se puede discutir Todo Resultados de la prueba Medicamentos Próximas Citas Pagos</p>	
<p>Nombre: Apellido: Relación: Número de Teléfono:</p> <p>Lo que se puede discutir Todo Resultados de la prueba Medicamentos Próximas Citas Pagos</p>	
<p>Toda la información de salud, incluida la facturación, puede ser comunicada a las personas mencionadas anteriormente, excepto por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico o referencia a servicios de salud mental/atención psiquiátrica; anemia falciforme; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); virus de inmunodeficiencia humana (VIH); infecciones de transmisión sexual (ITS); o abuso de drogas y/o alcohol.</li> </ul> <p>Esta autorización expirará automáticamente 1 año a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que solicite una fecha de vencimiento inferior a un (1) año.</p> <p>Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla.</p> <p>La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a la nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA.</p> <p>Mi firma es necesaria para validar esta autorización. Si no firmo esta autorización, Marillac Health seguirá proporcionando tratamiento y solicitando el pago de los servicios prestados. De acuerdo con State Statutes, este sitio de atención puede cambiar para copias de registros médicos.</p>	

### Información Sobre Cobertura de Salud

Seguro Primario:	Nombre de Asegurado	Fec. Nac.
ID del seguro	Número de Grupo	Numero de ID del Asegurado
Relación con el Suscriptor		
Seguro Secundario:	Nombre de Asegurado	Fec. Nac.
ID del seguro	Número de Grupo	Numero de ID del Asegurado
Relación con el Suscriptor		

**Proveedores de Atención Médica Actuales (Equipo de Atención)**

	Nombre	Oficina	Fecha de la última visita	No tengo un proveedor
Dentista				
Médico				
Terapeuta				
Optomitrista				
Especialista (tipo):				
Especialista (tipo):				
Especialista (tipo):				

	Nombre	Número de Teléfono	Dirección (si se conoce)
Hospital Preferido			
Laboratorio Preferido			
Farmacia Preferida (local)			
Farmacia Preferida (correo)			
Proveedor de Equipos Médicos			

Al firmar a continuación, doy fe de que la información que he proporcionado es precisa. Acepto actualizar la información según lo solicitado por la Clínica o cuando tenga cambios personales que cambien la información proporcionada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Si no es Paciente, Imprima el Nombre y la Relación

Fecha \_\_\_\_\_

Apellido de Paciente \_\_\_\_\_ Fec. Nac. \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

Relacion	Diabetes	Presión Alta.	Colesterol Alto	Infarto	Cáncer	Tipo de Cáncer	Apoplejía	Coágulos de Sangre	Problema de Salud Mental	Abuso de Sustancias	Otro	Estado de vida
Madre												__ Vivo __ Fallecido
Padre												__ Vivo __ Fallecido
Hermana												__ Vivo __ Fallecido
Hermano												__ Vivo __ Fallecido
Hija												__ Vivo __ Fallecido
Hijo												__ Vivo __ Fallecido
Mama de Madre												__ Vivo __ Fallecido
Papa de Madre												__ Vivo __ Fallecido
Mama de Padre												__ Vivo __ Fallecido
Papa de Padre												__ Vivo __ Fallecido
Otra historia relevante que desea que conozcamos:												

**Historia de Paciente**

**Cigarrillos Electrónicos/Vapeo** (Círculo Uno)      Usuario de todos los días      Usuario de algunos días      Nunca Usuario  
Antiguo Usuario      Nunca evaluado      Estado actual del usuario desconocido      Desconocido si se ha utilizado

**Cigarrillos Electrónicos/Sustancias de vapeo** (Círculo de todos los que se aplican)

Nicotina      THC      CBD      Aromatizante      Otro

Por favor, indique "otros" \_\_\_\_\_

**Cigarrillos Electrónicos /Dispositivos de Vapeo** (Círculo de todos los que se aplican)      Cartucho desechable

prellenado o recargable      tanque recargable      Por favor, indique "otros" \_\_\_\_\_

**Tabaco**

Fumar (Círculo uno): Nunca      Antiguo      Todo los Días      Algunos Días      Desconocido

Sin Humo (Círculo uno): Nunca      Antiguo      Actual      Desconocido

Exposición Pasiva (Humo de segunda mano) (Círculo uno): Nunca      Pasado      Actual

¿Le gustaría recibir asesoramiento sobre cómo dejar de fumar?      Sí      No

# Cuestionario de Historia Médica/Social de Salud

**Alcohol**

¿Tomas Alcohol?    Sí            No en este momento    Nunca

¿Tragos por semana? Copa de Vino \_\_\_\_ Latas de Cerveza \_\_\_\_ Tragos de licor \_\_\_\_ Tragos que contienen .05 onzas de alcohol \_\_\_\_

¿ Has tomado excesivamente alguna vez?    Sí    No                            ¿Manejas despues de tomar?    Sí    No

**Consumo de Drogas** (Circulo uno)    Sí            Actualmente no    Nunca            **¿Cuántas veces por semana?** \_\_\_\_\_

**Tipos** (Círculo de todos los que se aplican) Vapeo            Marihuana            Opioides            Heroína            Metanfetamina  
 Anfetaminas    PCP    Éxtasis            LSD    Ketamina            Mescalina            Psilocibina            Cocaína  
 Crack            Óxido Nitroso    Inhalantes Solventes    Barbitúricos    IV            Otro

**Consumo de Cafeína**

¿Tomas cafeína?            Sí    No            ¿Número de tazas o cantidad tomada por día? \_\_\_\_\_

**Farmacia**            Por favor, indique el nombre de su farmacia preferida \_\_\_\_\_

**Problemas de Salud/Diagnósticos/Condiciones de Salud** Enumere todos los problemas médicos y de salud mental actuales.

<u>Problema</u>	<u>Comienso</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Cirugías**            Enumere todas las cirugías y/o procedimientos anteriores.

<u>Cirugía</u>	<u>Razón</u>	<u>Cuándo/Dónde</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Alergias**            Enumere todas las alergias (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y cómo le afectan.

<u>Alergia</u>	<u>Reacción</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Cuestionario de Historia Médica/Social de Salud

**Medications** Enumere todos los medicamentos actuales que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre.

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Propósito</u>	<u>Quién Prescribió</u>

## Herramienta de Selección del Modelo de Comunidades de Salud Responsables

---

Nuestro objetivo es conectarle con los recursos comunitarios que usted necesita para estar saludable. Este cuestionario puede ayudarle a conectarse con los servicios de su comunidad que pueden mejorar su salud. Muchos de estos servicios son de bajo costo o sin cargo. Al responder estas preguntas, podremos facilitarle la conexión con servicios o programas útiles. Su información se mantendrá confidencial. La información que usted proporcione no afectará su condición de beneficiario de Medicare o Medicaid. Usted debe responder las preguntas a su manera. No hay respuestas correctas o incorrectas. Las preguntas marcadas con un \* son obligatorias.

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información

\*Complete la siguiente oración. Estoy respondiendo esta encuesta sobre...

- Mi persona    Mi hijo    Otro (describa su relación con esta persona) \_\_\_\_\_

### Tipo de cobertura de salud

\*Tipo de cobertura de salud:

- Medicaid    Medicare    Comercial    Sin seguro    Otra

\*¿Cuántas veces ha recibido cuidado en una sala de emergencias (emergency room, ER) en los últimos 12 meses?

Si está ahora en la sala de emergencias, cuente su visita actual. No cuente las visitas de cuidado de urgencia.

- Nunca    1 vez    2 o más veces

### Situación de vida

¿Cuál es su situación de vida actual?

- Tengo un lugar estable para vivir  
 Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro  
 No tengo un lugar estable para vivir (estoy viviendo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado)

Piense en el lugar en el que vive. ¿Tiene problemas con algo de lo siguiente?

- |                                                                                |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plagas como insectos, hormigas o ratones              | <input type="checkbox"/> Pintura o caños con plomo |
| <input type="checkbox"/> Ausencia o mal funcionamiento de detectores de humo   | <input type="checkbox"/> Falta de calefacción      |
| <input type="checkbox"/> Mal funcionamiento de la cocina o estufa, o del horno | <input type="checkbox"/> Filtraciones de agua      |
| <input type="checkbox"/> Moho                                                  | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

### Alimentos

En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de recibir dinero para comprar más?

- Con frecuencia     A veces     Nunca

En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró simplemente no le duró y no tuvo dinero para comprar más?

- Con frecuencia     A veces     Nunca

### Transporte

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le impidió ir a citas médicas, reuniones, trabajo o trasladarse para realizar tareas necesarias de la vida diaria?

- Sí     No

### Servicios públicos

En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, combustible o agua amenazó con cortar el servicio en su domicilio?

- Sí     No     Ya lo cortaron

### Seguridad

*Dado que muchas personas son víctimas de violencia, maltrato y abuso, lo cual les afecta la salud, hacemos las siguientes preguntas. (Marque con un círculo la respuesta que corresponda).*

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le hace daño físicamente?

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le insulta o menosprecia?

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le amenaza con hacerle daño?

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le grita o maldice?

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

### Apoyo familiar y comunitario

¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de las personas que lo rodean?

- Nunca     Rara vez     A veces     Con frecuencia     Siempre

### Información del núcleo familiar

¿Con cuántas personas vive actualmente? *Cuéntese y cuente a su cónyuge o pareja, sus hijos y cualquier otro dependiente. Si vive solo, escriba 1.*

\_\_\_\_\_ cantidad de personas



¿Cuál es el ingreso anual de su núcleo familiar de todas las fuentes?

*Incluya sus ingresos sumados a los ingresos de las personas que contó más arriba en su núcleo familiar.*

- Menos de \$10,000
- De \$10,000 a menos de \$15,000
- De \$15,000 a menos de \$20,000
- De \$20,000 a menos de \$25,000
- De \$25,000 a menos de \$35,000
- De \$35,000 a menos de \$50,000
- De \$50,000 a menos de \$75,000
- \$75,000 o más

¿Cuántos menores de 18 años hay en su núcleo familiar? \_\_\_\_\_

Es posible que usted cumpla con los requisitos para recibir servicios de coordinación de cuidado local gratuitos. Los Coordinadores de Cuidado pueden ayudarle a orientarse en los recursos locales, como asistencia para la vivienda, acceso a alimentos a bajo precio/gratuitos, transporte para las citas médicas, apoyo para el pago de los servicios públicos y otros recursos que quizás usted no sepa que están disponibles.

Comprendo que esta información puede ser compartida con un Coordinador de Cuidado, quien puede comunicarse conmigo para ayudarme a acceder a los recursos comunitarios para mis necesidades identificadas.

Número de teléfono que debería usar el Coordinador de Cuidado para comunicarse con usted: \_\_\_\_\_.

Si no desea recibir coordinación de cuidado en este momento, marque aquí

**EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO**

- El (La) cliente ha aceptado la navegación
- El cliente ha rechazado la navegación

Fecha de la selección: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso en QHN: \_\_\_\_\_

Preguntas utilizadas con permiso de los siguientes autores (enumerados por número):

1 National Association of Community Health Centers and partners, National Association of Community Health Centers, Association of Asian Pacific Community Health Organizations, Association OPC, Institute for Alternative Futures. (2017). PRAPARE. <http://www.nachc.org/research-and-data/prapare/>

2 Nuruzzaman, N., Broadwin, M., Kourouma, K., & Olson, D. P. (2015). Making the Social Determinants of Health a Routine Part of Medical Care. *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved*, 26(2), 321-327.

3 Hager, E. R., Quigg, A. M., Black, M. M., Coleman, S. M., Heeren, T., Rose-Jacobs, R., Frank, D. A. (2010). Development and Validity of a 2-Item Screen to Identify Families at Risk for Food Insecurity. *Pediatrics*, 126(1), 26-32. doi:10.1542/peds.2009-3146

4 National Association of Community Health Centers and Partners, National Association of Community Health Centers, Association of Asian Pacific Community Health Organizations, Association OPC, Institute for Alternative Futures. (2017). PRAPARE. <http://www.nachc.org/research-and-data/prapare/>

5 Cook, J. T., Frank, D. A., Casey, P. H., Rose-Jacobs, R., Black, M. M., Chilton, M., . . . Cutts, D. B. (2008). A Brief Indicator of Household Energy Security: Associations with Food Security, Child Health, and Child Development in US Infants and Toddlers. *Pediatrics*, 122(4), 867-875. doi:10.1542/peds.2008-0286

6 Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: a Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512

**PERMISO PARA EL TRATAMIENTO :**

Entiendo que todos los pacientes de MarillacHealth pueden ser vistos por el personal o médicos voluntarios, asistentes médicos o enfermeras practicantes que tienen licencia en el Estado de Colorado y están supervisados por el Director Médico y / o Director Dental de la Clínica. Entiendo que todos los pacientes de MarillacHealth pueden ser vistos por personal o médicos voluntarios, asistentes médicos o enfermeros que tienen licencia en el Estado de Colorado y son supervisados por el Director Médico de la Clínica y/o el Director Dental. Entiendo que la Clínica funciona como un centro de enseñanza para estudiantes de medicina/odontología de todas las disciplinas, y esos pacientes pueden ser vistos por estos estudiantes . Entiendo que todos los estudiantes están bajo la supervisión directa del personal médico/dental de la Clínica. Entiendo que tengo derecho a solicitar que no me trate un estudiante. Entiendo que esta atención puede incluir procedimientos clínicos de rutina, pruebas diagnósticas, terapia intravenosa, inyecciones, cirugía menor, y no se me han hecho garantías sobre los servicios, el tratamiento o el resultado de esta atención. Entiendo que mi historial de prescripción puede obtenerse de cualquier farmacia que haya utilizado.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA:**

Entiendo que las regulaciones federales permiten que la Clínica obtenga, use y divulgue mi información médica protegida para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica y como lo permita la ley, como se explica en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica. También entiendo que algunos o todos mis registros médicos (o copias de mis registros médicos) pueden ser divulgados o proporcionados a otros proveedores de atención médica (como médicos, enfermeras, psicólogos o su personal) involucrados en mi tratamiento actual o futuro. Este tipo de divulgación puede ser por correspondencia escrita, en persona, por fax, por teléfono u otros medios. Entiendo que mi permiso no es necesario para esos usos o divulgaciones La Clínica también puede divulgar mi información para procesar reclamaciones de pago. Aunque esta oficina hará esfuerzos razonables, entiendo que la confidencialidad de mis expedientes médicos no puede garantizarse una vez que salen de esta oficina. Comprendo que pueden tomar una fotografía de mí y/o escanear mi identificación con foto y usarla para verificar mi identidad. Comprendo que mis expedientes pueden contener información identificativa, incluyendo fotografías, examen, tratamiento, diagnóstico y pronóstico, así como cantidades facturadas y pagadas, además de información sensible relacionada con el abuso de sustancias, historial y tratamiento psiquiátrico, estado de VIH, cualquier diagnóstico/tratamiento para el SIDA o enfermedad relacionada con el SIDA, orientación sexual y/o actividades o enfermedades sexuales. Entiendo que esta información puede ser divulgada o comunicada según sea necesario de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica, a menos que esté protegida o estipulada de otra manera por la ley estatal o federal. Comprendo que puedo solicitar restricciones sobre cómo se utiliza, divulga o comparte cualquiera de mis datos de salud y/o mis expedientes médicos. (Comprendo que la Clínica y el Hospital St. Mary's participan en un Acuerdo de Continuidad de Atención en el que se comparte información de facturación y de la clínica sin un consentimiento específico de mi parte). Comprendo que la Clínica utiliza un modelo de atención colaborativa y que los registros de salud mental forman parte del expediente médico.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE :**

Estoy de acuerdo en proporcionar toda la información financiera solicitada por la Clínica para poder calificar para los servicios. Atesto que toda esta información es precisa según mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información financiera falsa o no actualizo cambios en ingresos o estado de seguro, es posible que ya no sea elegible para los servicios de la Clínica. Entiendo que la Clínica espera el pago de los gastos incurridos en el momento de la visita. Si no puedo pagar la tarifa reducida en este momento, me reuniré con el personal pertinente de la Clínica para hacer arreglos de pago. Comprendo que puede haber cargos adicionales por vacunas, análisis de laboratorio, procedimientos, medicamentos u otros ítems. Entiendo que puedo ser referido a un médico especialista para consulta o tratamiento. Entiendo que, como paciente, soy responsable financieramente del pago de todos los cargos por servicios proporcionados por estos especialistas. Entiendo que la Clínica no es responsable financieramente y no pagará por ningún servicio fuera de la Clínica. Entiendo que la Clínica solo proporciona atención de rutina, ambulatoria, durante el horario regular de oficina publicado, y que en caso de emergencia o eventos que pongan en peligro la vida, buscaré atención en una instalación de emergencia a mi propio costo. Entiendo que si estoy en una condición potencialmente mortal mientras estoy en la Clínica, el transporte de emergencia será llamado para transportarme a una sala de emergencias . Entiendo que soy financieramente responsable del costo de tal atención de emergencia y transporte. Me doy cuenta de que no mantener mis citas, cancelar mis citas o llegar tarde a una cita puede poner en peligro mi elegibilidad para la atención continua en la Clínica.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / MEDICARE Y MEDICAID:**

Certifico que la información dada por mí al aplicar bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta.

Autorizo a la Clínica a revelar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías de seguros cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado de Medicare/Medicaid o un reclamo de seguro privado. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico u organización que proporciona los servicios para que la Clínica pueda ser pagada directamente o autorice a dicho médico u organización a presentar una reclamación a Medicare/Medicaid para que me paguen.

Entiendo que este consentimiento completo, la responsabilidad financiera y la asignación de beneficios serán válidos ahora y en el futuro hasta que sea revocado por escrito por mí y la revocación dada a la clínica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre IMPRESO del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

### LEY DE PORTABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS DEL SEGURO DE SALUD DE 1996

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR MÍRALO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Oficial de Privacidad al 970-200-1600; o por correo a 2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501. Para obtener más información sobre MarillacHealth, visite nuestro sitio web en [www.MarillacHealth.org](http://www.MarillacHealth.org)

La información médica sobre usted y su salud es privada. Nos esforzamos por proteger sus registros médicos cuando usted está siendo visto en las clínicas. Usaremos sus registros para cuidar de usted, facturar por cuidado, y para cumplir con la ley.

Este Aviso de Privacidad se aplica a todos los sitios de servicios de clínicas de MarillacHealth. Este Aviso le informa sobre las maneras en que MarillacHealth puede usar o dar información de sus registros médicos privados. También explica sus derechos y responsabilidades.

Nota: La Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 requiere que todos los médicos y centros de atención médica proporcionen a los pacientes una notificación que describa cómo se puede usar y divulgar la información médica de una persona, y cómo un paciente puede obtener acceso a su información personal de salud..

#### Quién sigue los Términos de este Aviso:

- Cualquier proveedor de atención médica que lo atienda en cualquiera de nuestras ubicaciones
- Todos los empleados, voluntarios y personal del hospital y clínicas
- Estudiantes de salud en programas de formación
- Cualquier asociado de negocios que realice un trabajo para nosotros que requiera que vea su información médica o dental para hacer su trabajo

#### Acuse de Recibo:

Entiendo que, según lo permitido y requerido por la ley, el personal de MarillacHealth usará y dará mis registros médicos, sin mi consentimiento o autorización, para:

- Tratamiento: Los proveedores de atención médica usarán mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y plan de cuidado para cuidarme.
- Pago: MarillacHealth usará mis registros médicos para facturarme, mi seguro u otros programas de ayuda para mi atención si esto se aplica a la clínica donde recibo mi atención.
- Operaciones de atención médica: MarillacHealth utilizará mi historial médico para gestionar las clínicas y asegurarse de que los pacientes reciben una atención de calidad.

Tenga en cuenta que una copia de HIPAA está disponible a petición del paciente o padre / tutor de un menor que recibe servicios de consejería médica, dental o de salud mental en MarillacHealth. Antes de recibir los servicios, debe firmar a continuación, certificando que entiende que una copia de nuestras políticas de HIPAA está disponible.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre IMPRESO del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento