

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>			
<b>Fecha:</b>	<b>Apellido(s):</b>	<b>Nombre(s):</b>	
<b>Dirección Postal / Casa:</b>			
<b>Número de Apartamento :</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código Postal:</b>	
<b>Teléfono de Casa:</b>	<b>Teléfono Celular:</b>	<b>Teléfono de Trabajo:</b>	
<b>Persona Responsable:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nombre:</b>		<b>Fecha de Nacimiento :</b>	
<b>Relación con el Paciente:</b>		/ /	
<b>Orientación Sexual:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual o Lesbiana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no Revelar	<b>Identidad de Género:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no Revelar	<b>Número de Seguro Social:</b>	
		<b>Género al Nacer:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)
<b>Nombre del Contacto de Emergencia:</b>		<b>Número de Teléfono:</b>	
Dirección:		Relación:	
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Sin Reportar o Elige no Reportar	<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Mas de uno <input type="checkbox"/> Sin Reportar o Elige no Reportar	<b>Lenguaje:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chínese <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Indostaní <input type="checkbox"/> Camboyan <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Urdú <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano  <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>¿Es usted veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Autorización del paciente para contactar:</b> Marque todas las que aplican  <input type="checkbox"/> mensaje detallado en teléfono de casa <input type="checkbox"/> mensaje corto solo en teléfono de casa <input type="checkbox"/> mensaje detallado en teléfono celular <input type="checkbox"/> mensaje corto en teléfono celular <input type="checkbox"/> enviar correo postal a domicilio <input type="checkbox"/> enviar correo postal a lugar de trabajo <input type="checkbox"/> mensaje de texto a teléfono celular <input type="checkbox"/> correo electrónico / mensaje	<b>Donde vives:</b> <input type="checkbox"/> Apartamento propio/Casa <input type="checkbox"/> Vivienda Compartida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vivienda permanente de apoyo: <small>(Usted paga una parte de renta por sus ingresos y obtiene servicios de forma gratuita)</small> <input type="checkbox"/> Refugio: _____ <input type="checkbox"/> Transición/ Rehabilitación: _____ <input type="checkbox"/> Habitación Individual(SRO): _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Beneficios Públicos:</b> Marque todas las que aplican  <input type="checkbox"/> Alivio General (GR) <input type="checkbox"/> Cal-Works <input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social <input type="checkbox"/> Asistencia de comida (SNAP) <input type="checkbox"/> Desempleo  _____  <b>Otras formas de Ingreso:</b> <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Por favor comparte su correo electrónico:</b>			
<b>Correo electrónico:</b> _____			

## INFORMACIÓN FINANCIERA

**Por favor de su tarjeta de aseguranza Medi-Cal/Medicare a la recepcionista.**

<b>Ingreso Mensual Familiar:</b> \$ _____  <b>Tamaño de Familia:</b> _____	<b>Aseguranza Privada:</b> <input type="checkbox"/> PPO/ Aseguranza Comercial  ID de Suscriptor: _____  Relación con el suscriptor: _____	<b>Opciones de cobertura:</b> <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> My Health LA
---	---	--

La información anterior es verdadera y a la medida de mi conocimiento. Autorizo que los beneficios de mi aseguranza médica sean pagados directamente a Los Angeles Christian Health Centers. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquiera balance. También autorizo a Los Angeles Christian Health Centers o aseguranza médica a liberar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

<b>Firma del Paciente/Guardian:</b> _____	<b>Fecha:</b> /        /
---	--------------------------

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, doy consentimiento y entiendo lo siguiente para mí o el menor de edad, \_\_\_\_\_:

1. Consentimiento para el tratamiento. Al firmar abajo, consiento para mí mismo (a) (o menor declarado anteriormente), a la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos de rutina, tratamiento médico, dental y otros servicios de salud proporcionados por Los Angeles Christian Health Centers, sus agentes autorizados y personal.
2. No hay garantías: Entiendo que la práctica de la medicina, la cirugía y la prestación de cuidado de la salud no es una ciencia exacta. No se han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos, exámenes, otros servicios y/o de salud proporcionados por Los Angeles Christian Health Centers, su agente autorizado y personal.
3. Entiendo que es la política de Los Angeles Christian Health Centers el proveer servicios esenciales, exámenes, medicamentos y otros servicios relacionados con el cuidado de la salud independientemente de la capacidad de pago del paciente. Sin embargo, cuando corresponda, facturación de terceros podrá hacerse en mi nombre a programas públicos y privados que reembolsará por dichos servicios. Entiendo que mi información médica puede ser usada para conseguir dicho reembolso por tratamiento y operaciones de salud. Entiendo que tengo el derecho de revisar las pólizas y procedimientos de Los Angeles Christian Health Centers' en la confidencialidad del paciente.
4. Entiendo que, si no califico bajo el programa de descuento debido a tener aseguranza médica y/o estar por encima 200% del nivel de pobreza, seré financieramente responsable por cualquier medicamento y servicio médico proporcionado a mí persona.
5. Entiendo que acomodaciones se harán disponibles basadas a mis discapacidades. Como alternativa, tiene el derecho a llevarse el paquete a casa y completar y devolver en un momento posterior.
6. Entiendo que la forma de Consentimiento de Tratamiento estará vigente hasta que yo revoque mi consentimiento por escrito.
7. Entiendo que tengo el derecho de obtener una copia de esta forma de Consentimiento de Tratamiento.
8. He recibido el aviso de Los Angeles Christian Health Centers sobre la Practica de Privacidad.
9. He recibido información de directiva anticipada.
10. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Los Angeles Christian Health Centers comparta mi información de manera electrónica y bidireccional con proveedores de atención médica, hospitales, y Health Information Exchange (HIE).  Marque esta casilla para no dar información electrónicamente (se le dará un formulario para firmar).

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Los Angeles Christian Health Centers Aplicación para Los Descuentos / La Escala de Tarifa

La póliza de Los Angeles Christian Health Centers (LACHC) es proveer servicios esenciales independientemente de la habilidad del paciente para pagar. Los descuentos se ofrecen basados en el tamaño de la familia e ingresos. Por favor complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en Joshua House, Pico Aliso Community Clinic y los sitios satélites, excepto exámenes físicos profesionales que incluye a los estudiantes en las profesiones de la salud. El descuento aprobado será válido por un año o hasta que haya un cambio significativo en sus ingresos, tamaño de familia o cobertura médica de seguro. Si eso ocurre, usted debe volver a aplicar. Si usted tiene alguna duda por favor pregunte en la recepción.

Certifico que el tamaño de la familia e información de ingresos que se muestra en esta solicitud son correctos. Entiendo que una de las siguientes cuatro opciones es necesaria antes de aprobar el descuento:

- (1) Tres recibos de nómina actual, ó (2) copia de la declaración de impuestos del año pasado, ó (3) copia de la declaración más reciente de cualquier programa de asistencia en efectivo (4) Declaración de Ingresos

Estoy de acuerdo que, si no califico para ningún descuento, soy responsable de pagar todos los servicios que voy a recibir.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

	<b>Fecha de Aplicación</b>	
<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Teléfono de Casa</b>		
<b>Teléfono Celular</b>		
<b>Número de Seguro Social</b>		
<b>Licencia de Conducir (si no número de Seguro Social)</b>	<b>Estado</b>	
	<b>Número</b>	
<b>Tarjeta de identificación DMV (si no licencia de conducir)</b>	<b>Estado</b>	
	<b>Número</b>	

**Los Angeles Christian Health Centers**  
**Aplicación para Los Descuentos / La Escala de Tarifa**

<b>Familiares en su Residencia</b>			
	<b>Quién</b>	<b>Número de Personas</b>	<b>Ingreso Mensual Estimado</b>
<b>1</b>	<b>Usted mismo(a)</b>	1	
<b>2</b>	<b>Esposo(a)</b>		
<b>3</b>	<b>Otros familiares que viven en el hogar</b>		
	<b>Total</b>		

Familiares allegados: Incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven con usted. Asimismo, como estudiantes universitarios que apoyan y se relacionan con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, aunque no vivan con usted.

Ingresos: Incluya el ingreso de todas las personas relacionadas en su casa y los ingresos de todas las fuentes incluyendo salarios brutos, propinas, seguro social, discapacidad, pensiones, anualidades, renta de propiedades, pago de veteranos, ingreso bruto de trabajadores por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de hijos, desempleo, ayuda del gobierno y otros.

<i><b>Esta Parte es para La Oficina (Office Use Only)</b></i>					
<i><b>Discounted fee (circle one)</b></i>	A	B	C	D	<i>No Discount</i>
<i><b>Date of Application</b></i>					
<i><b>Approved Rate Good Until (Date)</b></i>					
<i><b>Approved by</b></i>			<i><b>Date</b></i>		



**FORMA DE AUTO-DECLARACIÓN DE INGRESOS**

Yo \_\_\_\_\_, con  
dirección domiciliaria en \_\_\_\_\_

Certifico con mi firma que la siguiente declaración es verdadera y correcta a la medida de mi  
conocimiento y opinión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

*CUALQUIER PERSONA QUE FIRMA ESTA DECLARACIÓN Y QUE INTENCIONALMENTE ESTABLECE COMO VERDADERO  
CUALQUIER MATERIAL EN CUESTIÓN Y EL CUAL SABE ES FALSO ESTA SUJETO A LAS SANCIONES PREVISTAS  
EN EL CÓDIGO PENAL POR EL ESTADO DE CALIFORNIA, SECCIÓN DEL CÓDIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES 11054.*

<u>Solamente para uso de LACHC personal</u>		
_____ WITNESSED AND VERIFIED BY	_____ CLINIC MANAGER	_____ DATE





**El Uso de Información de Salud Protegida (PHI):**

Su Información de Salud Protegida (ISP) puede ser usada por Los Angeles Christian Health Centers (LACHC) o tal vez dada a otros solamente por su tratamiento de salud, recibir el pago, o apoyar el día a día operaciones de la Clínica. ISP no se da a nadie sin su autorización escrita.

Tiene Ud. el derecho de ver su ISP y puede pedir un aviso que tiene detalles sobre cuándo, a quién, para qué, y cuál contenido de su ISP se han distribuido (Hay restricciones).

**Pedir una Restricción sobre el Uso de su Información:**

Tiene Ud. el derecho de pedir que la Clínica diga cómo usamos su ISP. Por ejemplo, puede pedir que no usemos la información sobre la cirugía que Ud. tuvo. En su petición Ud. decide 1) cuál información quiere que sea limitada y 2) a quién este límite se aplica.

Consideramos su petición pero no tenemos que estar de acuerdo legalmente con su restricción. Pondremos en escrito todas las restricciones con que estamos de acuerdo con la excepción de tratamiento de emergencia. No estamos de acuerdo con los siguientes: cuando algo se ocurre antes de la petición o es contra la ley.

**Renuncio de Consentimiento:**

Ud. puede cambiar su consentimiento pero hay que ponerlo en escrito. El uso de ISP que se ocurrió antes de esta fecha no se la cambiará.

**Póliza de Privacidad:**

Ud. puede leer la Póliza de Privacidad para una descripción completa de cómo se usa su ISP. Ud. puede ver el aviso antes de dar permiso and puede pedir una copia.

**Nuestro Derecho de Cambiar la Póliza de Privacidad:**

Los Angeles Christian Health Centers tienen el derecho de cambiar la Póliza de Privacidad.

Hay una ley federal que se llama Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPAA) de 1996 que describe su derecho de confidencialidad sobre su salud. También hay restricciones sobre el uso de información de salud protegida. El individuo puede pedir comunicación se ha enviado al trabajo en vez de a la casa.

**Yo he leído este aviso y doy permiso a The Los Angeles Christian Health Centers (LACHC) para usar mi información de Salud Protegida.**

\_\_\_\_\_  
nombre de paciente (*imprimir*)

\_\_\_\_\_  
firma de paciente

\_\_\_\_\_  
firma de persona responsable o guardian

\_\_\_\_\_  
relación de paciente

\_\_\_\_\_  
testigo

\_\_\_\_\_  
fecha

**PATIENT RECORD OF DISCLOSURES**

La Regla de Privacidad en general, requiere profesionales de la salud a tomar medidas responsables para limitar el uso o divulgación de PHI y solicitud de al mínimo necesario para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican a los usos o revelaciones hechas en virtud de una autorización solicitada por el individuo. entidades de salud deben mantener registros de las revelaciones de PHI. La información proporcionada a continuación, si se completa correctamente, constituirá un registro adecuado. **Nota: Los usos y divulgaciones de TPO pueden ser permitidos sin el consentimiento previo en caso de emergencia.**

FECHA:	ACCESO DADO A QUIÉN (Dirección o fax)	DESCRIPTION OF DISCLOSURE, PURPOSE OF DISCLOSURE	DADO POR QUIÉN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**RECONOCIMIENTO**

**Yo reconozco recibo de Aviso de Practicas de Privacidad de LACHC.**

_____	_____	_____
nombre del paciente ( <i>imprenta</i> )	Firma del paciente	fecha
_____	_____	_____
nombre del guardian o conservador ( <i>imprenta</i> )	firma del guardian o conservador	fecha
_____	_____	_____
nombre del personal/testigo ( <i>imprenta</i> )	firma del personal/testigo	fecha

**INHABILIDAD DE OBTENER RECONOCIMIENTO**

Complete solamente si la firma no es obtenida. Si no es posible obtener el reconocimiento del individuo, describa los esfuerzos hechos de buena fe para tratar de obtener el reconocimiento del individuo, y las razones porque no fue obtenido.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

Razones por la cual el reconocimiento no fue obtenido:

- El paciente rechazo firmar su reconocimiento aunque se le pregunto al paciente de hacerlo, y le fue dado el Aviso de Practicas de Privacidad
- Otras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma del proveedor representante

\_\_\_\_\_  
fecha



**Las Directivas Anticipadas Son Instrucciones Escritas Que Comunican Sus Deseos De La Atención Y Tratamiento Que Usted Desea En Caso Que Llegue A Un Punto Donde Ya No Pueda Tomar Sus Propias Decisiones De Atención De Salud.**

Todas las instalaciones de atención de la salud que reciban pagos de Medicare y Medi-Cal deben ofrecer a los pacientes la información por escrito referente a: 1) su derecho de aceptar o rechazar el tratamiento y 2) su derecho de preparar las directivas anticipadas. La ley no requiere que tenga o haga una directiva anticipada.

Según la ley de California, los adultos con capacidad de tomar sus decisiones tienen el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o los procedimientos para sostener la vida. La nutrición y hidratación artificial se encuentran entre los procedimientos medicos que usted tiene derecho de aceptar o rechazar.

#### **Razón Por La Cual Podría Preparar Una Directiva Anticipada**

- Para asegurar que recibe la atención y los servicios que desea.
- Para asegurar el rechazo de un tratamiento en una etapa determinada, si previamente ha declarado sus intenciones de hacerlo.
- Para designar a la persona que le gustaría que tomara decisiones en sus nombre.
- Para asegurar que la familia y los amigos entiendan sus deseos referents a la atención de la salud. Si no deja en claro sus deseos, es posible que los miembros de su familia y sus amigos no se pongan de acuerdo respecto al tipo de atención y tratamiento que usted quisiera. Es posible que sus deseos no se lleven a cabo, puesto que un conflict puede conducir a un prolongado retraso judicial.

**Al Estar Preparado Con Una Directiva Anticipada, Usted Puede Indicar QUÉ Tipos De Tratamiento Quiere, Y QUIÉN Quiere Que Hable Por Usted.**

#### **LA LEY DE LA MUERTE NATURAL**

Esta es otro tipo de directiva anticipadas que frecuentemente se denomina "Declaración". Este documento NO requiere que nombre a un agente para tomar las decisiones de salud por usted.

La Declaración es para enfermos terminales. Aunque todavía tenga la capacidad para tomar decisiones, puede firmar una Declaración que le indique a sus médicos que no desea tratamiento alguno que pudiera prolongar el proceso de morir. La Declaración se debe respetar en estas circunstancias:

- Si entra en un estado de inconsciencia permanente o en una condición terminal (certificada por dos médicos).
- Si en el momento no puede tomar sus propias decisiones de atención de la salud.

Aquellas personas que sean testigos de la firma de la Declaración deben cumplir con los mismos requisitos necesarios para el Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud.

## PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Este es un documento legalmente obligatorio que permite que la persona que usted elija (el “agente”) tome decisiones de salud por usted en caso que usted ya no pueda tomar dichas decisiones. Debe de seleccionar a una persona que lo conozca bien y en quien usted confíe. Su agente puede ser su familiar o un amigo. El Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud permite que su agente tome cualquier decisión de atención de la salud por usted, en dado caso que usted ya no pueda decidir. Esto incluye las decisiones medicas de rutina, así como decisiones más complicadas. Su agente puede incluso decidir retirar o negar los procedimientos para sostener la vida si le otorga a su agente esa autoridad.

Para que sea valido, el documento debe estar firmado por usted. También deben atestiguarlo dos testigos adultos calificados.

Aquellas personas NO elegibles para ser testigos son: su medico, enfermera, su empleado o cualquier otro profesional de la atención de la salud.

**Usted NO necesita un abogado para llenar un Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud.**

El Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud le permite a usted declarar por escrito su deseo de recibir o no recibir tratamiento para sostener la vida bajo ciertas condiciones. Puede incluir las instrucciones que desee referents a la atención de la salud.

### ¿Necesito Un Formulario Especial Para Este Poder Notarial Duradero Para la Atención de la Salud?

Sí. Utilice el formulario para un Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud, no un Poder Notarial Duradero simple. Puede Preguntar por el formulario a su medico, enfermera o trabajador social.

La California Medical Association ha impreso formularios que cumplen con los requisitos legales:  
California Medical Association  
P.O. Box 7690  
San Francisco, CA 94120—7690  
(415)882-5175 o visite su sitio web en: [www.cma.org](http://www.cma.org)

Muchas papelerías tienen los formularios. En todos estos lugares los formularios tienen un pequeño costo.

## OTROS DOCUMENTOS

Otros documentos que ayudan a determinar sus deseos de atención de la salud EN EL CASO que usted ya NO PUEDA tomar dichas decisiones por si mismo:

- **“NO RESUCITAR”** - Este formulario permite a su medico retener las “medidas de resucitación”, en caso que así fuera su deseo. Debe estar firmado por usted, su medico y un cirujano. La ley no requiere testigos ni notariación. NADIE PUEDE OBLIGARLE A FIRMAR UNA ORDEN DE “NO RESUCITAR”.
- **“PREFERENCIA POR LA INTENSIDAD DE LA ATENCION”** – Este es un documento para indicar sus preferencias de atención bajo circunstancias especiales. Antes de crear este documento debe tener lugar una conversación con su medico y/o representante legal.
- **“TESTAMENTO EN VIDA”** – Este indica su deseo de recibir tratamiento medico para sostener la vida bajo ciertas circunstancias. Un testamento en vida NO es un acuerdo legalmente obligatorio, aunque a menudo ase acepta como una declaración precisa de los deseos de uno.

## Sus derechos

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

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

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

### Solicitarnos que corriamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

### Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

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

### Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

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

### Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus opciones

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

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

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

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

### En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

### En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

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

### Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

### Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

### Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

*Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

*continúa en la próxima página*

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

**Realizar investigaciones médicas**

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

**Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

**Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## Nuestras responsabilidades

---

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### Cambios a los términos de esta notificación

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

*notice is effective May 09, 2014 and was last update April 12, 2018.*

**Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

---

*Bettina Lewis, COO*  
311 Winston Street, Los Angeles, CA 90013  
(213) 893-1960