

## Cómo empezar con Compassion Care Family Practice

### PAQUETE PARA EL PACIENTE

Por favor, rellene completamente el paquete de paciente nuevo. Los paquetes incompletos retrasarán el proceso. Esto incluye leer la política sobre sustancias controladas y leer y firmar la política financiera.

- **Permiso para divulgar historiales médicos**

Aquí es donde usted enumera su proveedor anterior para que podamos solicitar sus registros. Por favor, liste tanta información como pueda. Si no enumera un proveedor anterior, no podremos solicitar ningún historial médico.

- **Autorización para compartir información médica**

Aquí es donde usted enumera a un cónyuge, familiar, cuidadores, etc., con los que estamos autorizados a compartir información sobre usted.

- Una vez procesado su paquete, nuestra oficina le llamará para concertar una cita para establecer los cuidados. **Tenga en cuenta que la visita inicial para establecer la atención es una visita para "concernos"**. Además, podemos hablar de su problema médico más importante. Se programarán futuras citas para tratar cuestiones adicionales.

### Información de contacto

Compassion Care Family Practice

2525 12th St Suite #260, Salem, OR 97302 • Teléfono:(503) 559-3312 • Fax:(855) 868-6823

Correo electrónico: [office@compassioncarefamilypractice.com](mailto:office@compassioncarefamilypractice.com)

Acceso fuera de horario: Un proveedor está de guardia fuera de horario (503.559.3312)

### Horario de oficina:

Lunes- Viernes 8:00 am – 4:30 pm

Sábado-Domingo Cerrado

Compassion Care Family Practice

2525 12th St Suite #260, Salem, OR 97302 • Teléfono:(503) 559-3312 • Fax:(855) 868-6823

Información para el paciente			
Nombre	M.I.	Apellido	
Nombre preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	No. Seguridad Social
<b>Raza: (marque una)</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declina contestar <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas Pac. <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		<b>Origen étnico: (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Declinar contestar <input type="checkbox"/> No hispano/Latino	
Estado civil		Idioma principal	
Dirección postal			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil	Teléfono preferido: (marque uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Número de fax (si procede)		Dirección de correo electrónico	
<b>Método de comunicación preferido</b> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Portal seguro del paciente			

<input type="checkbox"/> <i>Marque aquí si es igual que el anterior</i> Información del garante: (Persona que es financieramente responsable)						
Nombre	M.I.	Apellido	Sexo	Fecha de Nacimiento	No. Seguridad Social	
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal	Estado civil	
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo		Teléfono móvil	Teléfono preferido: (marque uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Relación con el paciente		Dirección de correo electrónico				

Información de contacto en caso de emergencia:		
Nombre	Apellido	Relación con el paciente
Número de contacto		Número de contacto alternativo

Información sobre la farmacia preferida:	
Nombre de la farmacia	Ubicación general (ciudad y/o nombre de la calle)

Compassion Care Family Practice  
 2525 12th St Suite #260, Salem, OR 97302 • Teléfono:(503) 559-3312 • Fax:(855) 868-6823

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Rellene la siguiente información o facilítenos una copia de su(s)tarjeta(s)de seguro, tanto del anverso como del reverso:**

<input type="checkbox"/> <i>Marque aquí si no tiene seguro</i>			Información sobre el seguro primario:		
Nombre de la Compañía de Seguros	ID/Número de póliza	Número de grupo			
Dirección de la Compañía de Seguros	¿Tiene un copago? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - importe_____	Número de teléfono			
Tomador del seguro (persona titular del seguro)	Fecha de nacimiento y No. Seg. Soc. del titular de la póliza	Relación con el paciente			

Información sobre el seguro secundario: (si aplica)					
Nombre de la Compañía de Seguros	ID/Número de póliza	Número de grupo			
Dirección de la Compañía de Seguros	¿Tiene un copago? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - importe_____	Número de teléfono			
Tomador del seguro (persona titular del seguro)	Fecha de nacimiento y No. Seg. Soc. del titular de la póliza	Relación con el paciente			

**Política de quejas de los pacientes:**

Proporcionar a los pacientes y/o a sus familias, a otros proveedores de atención sanitaria o a cualquier otra entidad implicada, la oportunidad de expresar sus preocupaciones con respecto a los servicios prestados en Compassion Care Family Practice. Estas preocupaciones serán revisadas, atendidas y resueltas. El objetivo es aumentar la satisfacción del paciente, mejorar la calidad de la atención e identificar mejor las áreas que necesitan mejoras con una respuesta oportuna a las quejas. Puede preguntar a cualquier miembro del personal sobre este proceso.

Compassion Care Family Practice  
 2525 12th St Suite #260, Salem, OR 97302 • Teléfono:(503) 559-3312 • Fax:(855) 868-6823

Nombre: \_\_\_\_\_

**Historial médico personal**

(Por favor, rellene la información de su Historial Médico con la mayor exactitud posible. Esta información es un registro confidencial)

**¿Ha tenido alguna vez lo siguiente?** Marque todas las casillas que correspondan

SIDA	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	Hernia hiatal	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Herpes genital	<input type="checkbox"/>	Hernia inguinal	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Cáncer - (de qué tipo)	<input type="checkbox"/>	Verrugas genitales	<input type="checkbox"/>	VIH	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>			ERGE	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>			Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>
Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Bocio	<input type="checkbox"/>	Disfunción eréctil	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Clamidia	<input type="checkbox"/>	Gonorrea	<input type="checkbox"/>	Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	Apoplejía	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	Diabetes tipo I	<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	Infección renal	<input type="checkbox"/>	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	Diabetes tipo II	<input type="checkbox"/>	Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Infecciones de vejiga	<input type="checkbox"/>	Drogadicción	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	Tos ferina	<input type="checkbox"/>
Ceguera Legal	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>
Trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>		
		Epilepsia	<input type="checkbox"/>						

**Enumere todas las cirugías y procedimientos**

Cirugía/Procedimiento	Año de realización	Cirugía/Procedimiento	Año de realización

**Enumere todos los medicamentos y suplementos que toma regularmente** (si es necesario, adjunte una hoja adicional o utilice la sección de notas adicionales)

Medicamentos	Dosis	Frecuencia (con qué frecuencia)	Médico prescriptor (o estado si es de venta libre)

**Por favor, enumere todas las alergias a medicamentos y la reacción que tiene.**

Ninguna alergia conocida a medicamentos

Alérgico a:	Reacción	Alérgico a:	Reacción

# Formulario de Registro de Pacientes

Compassion Care Family Practice, LLC

Compassion Care Family Practice  
2525 12th St Suite #260, Salem, OR 97302 • Teléfono:(503) 559-3312 • Fax:(855) 868-6823

Nombre: \_\_\_\_\_

**Historia social:**

¿Ha tenido alguna vez lo siguiente? Marque todo lo que corresponda

¿Fuma?	<b>Nunca</b>	<b>Lo dejó</b> - ¿cuándo?	<b>Sí</b> - ¿cuánto/con qué frecuencia?
¿Consume tabaco sin humo?	<b>Nunca</b>	<b>Lo dejó</b> - ¿cuándo?	<b>Sí</b> - ¿cuánto/con qué frecuencia?
¿Bebe alcohol?	<b>Nunca</b>	<b>Lo dejó</b> - ¿cuándo?	<b>Sí</b> - ¿cuánto/con qué frecuencia?
¿Consume drogas ilegales?	<b>Nunca</b>	<b>Anterior</b>	<b>Sí</b> - ¿de qué tipo, cuánto/con qué frecuencia?
¿Consume cafeína?	<b>No</b>	<b>Sí</b> - ¿de qué tipo/con qué frecuencia?	
¿Cuánto ejercicio hace?	<b>Sedentarismo</b>	<b>1-2 veces al mes</b>	<b>3-4 veces por semana</b>
	<b>Casi todos los días</b>		<b>Diario</b>
¿Tiene un testamento vital o ¿directrices anticipadas?	<b>Sí</b> - (en caso afirmativo, facilítenos una copia para nuestro registro)		<b>No</b>
¿Es usted adoptado?	<b>Sí</b>		<b>No</b>

**Historial médico familiar:**

¿Algún pariente consanguíneo ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Sea lo más específico posible: por ejemplo, "abuela materna".

Problema	Miembro de la familia	Edad Inicio	Problema	Miembro de la familia	Edad Inicio
Abuso de alcohol			Epilepsia		
Alergias			Glaucoma		
Anemia			Enfermedades cardiacas		
Asma			Colesterol alto		
Trastorno sanguíneo			Hipertensión arterial		
Cáncer - ¿de qué tipo?			Enfermedad renal		
Depresión			Migrañas		
Diabetes tipo I			Apoplejía		
Diabetes tipo II			Enfermedad tiroidea		
			Tuberculosis		

**Solo mujeres:**

<u>Ciclo menstrual</u>	<u>Método anticonceptivo (marque todos los que corresponda)</u>	<u>Embarazos</u>
Edad a la que comenzó su periodo:	<input type="checkbox"/> Virgen <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> Ninguno	¿Ha estado alguna vez embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<u>Menopausia:</u> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí -Desde la edad	<input type="checkbox"/> Planificación familiar natural <input type="checkbox"/> Retirada	¿Cuántos hijos ha tenido? _____
¿Cuántos días dura su menstruación?	<input type="checkbox"/> Preservativos <input type="checkbox"/> Espuma/Gel <input type="checkbox"/> Diafragma	¿Están todos vivos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Duración del ciclo completo:	<input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Píldora <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Nuvaring	¿Ha tenido un aborto espontáneo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<u>Flujo menstrual:</u> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Abundante	<input type="checkbox"/> Depo <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Tubal	En caso afirmativo, ¿cuántos?
Fecha de inicio de su último periodo:	<input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Essure <input type="checkbox"/> Implanon	¿Ha tenido un aborto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Compassion Care Family Practice  
2525 12th St Suite #260, Salem, OR 97302 • Teléfono:(503) 559-3312 • Fax:(855) 868-6823

Nombre: \_\_\_\_\_

Sección de notas adicionales: (Por favor, háganos saber si hay algo más que le gustaría decirnos sobre su historial de salud)

¿Cuál es su motivo para trasladar la atención a Compassion Care Family Practice?

\_\_\_\_\_

Si necesita una cita de inmediato, ¿para qué necesita ser atendido?

\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de la existencia de Compassion Care Family Practice?

Páginas amarillas     Referido por un paciente (nombre del paciente) \_\_\_\_\_

Búsqueda en la Web     Otro (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Iniciales

Al poner mis iniciales aquí, reconozco que he tenido la oportunidad de leer una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad de Compassion Care Family Practice** y doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento notificándolo por escrito a Compassion Care Family Practice. También entiendo que no tengo que poner mis iniciales en este espacio.

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo a que las prestaciones de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Compassion Care Family Practice o a mi Compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Compassion Care Family Practice

2525 12th St Suite #260, Salem, OR 97302 • Teléfono:(503) 559-3312 • Fax:(855) 868-6823

*Este aviso describe cómo se puede utilizar y/o divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Le rogamos que lo revise detenidamente.***Nuestro compromiso con su privacidad**

Compassion Care Family Practice (CCFP) entiende que la información médica sobre usted y su salud es personal, y nos comprometemos a protegerla. Creamos un registro de los cuidados y servicios que usted recibe de nuestra clínica con el fin de proporcionarle una atención de calidad. CCFP, está obligada por ley a proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad en el que se describen nuestras obligaciones legales en relación con su PHI.

La ley nos obliga a:

- Garantizamos la privacidad de la información médica.
- Proporcionarle este Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cumplir los términos de este Aviso de prácticas de privacidad.

**CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA (PHI):**

Las siguientes categorías describen diferentes formas en las que podemos utilizar y divulgar su PHI. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir e intentaremos dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría; sin embargo, todas las formas en que se nos permite utilizar y divulgar la información entrarán dentro de una de las categorías.

**Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su asistencia sanitaria y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o Administración de su asistencia sanitaria con un tercero. Por ejemplo, revelaríamos su PHI, según fuera necesario, a una agencia de asistencia sanitaria a domicilio que le proporcione cuidados. También podemos proporcionar su PHI a un médico al que usted haya sido remitido para asegurarnos de que el médico dispone de la información necesaria para diagnosticarle y/o tratarle.

**Pago:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para obtener el pago de sus servicios sanitarios. Por ejemplo, para obtener la aprobación de servicios avanzados de diagnóstico por imagen puede ser necesario revelar su PHI pertinente al plan de salud.

**Operaciones sanitarias:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para apoyar las actividades comerciales de la consulta de su médico. Estos usos y divulgaciones son necesarios para la administración y para garantizar que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a los estudiantes de la facultad de medicina que atienden a pacientes en nuestra consulta. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verle.

**Recordatorios de citas:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para ponernos en contacto con usted y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica en nuestra consulta.

**Prestaciones y servicios relacionados con la salud:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para informarle sobre prestaciones o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Por ejemplo, podemos ofrecer un nuevo servicio a pacientes con una determinada afección. Nuestro personal puede ponerse en contacto con usted directamente basándose en su PHI para ofrecerle este nuevo servicio.

**Personas implicadas en su atención o en el pago de la misma:** Podemos utilizar o divulgar su PHI cuando hablemos con un amigo o familiar que participe en su atención médica en nuestro consultorio. También podemos utilizar o divulgar su PHI cuando interactuemos con alguien que ayude a pagar su atención médica. **Si no desea que hagamos estas divulgaciones, debe notificarnos con antelación.**

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos utilizar o divulgar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros. Cualquier divulgación, sin embargo, sólo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Riesgos para la salud pública:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen las siguientes:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Informar de nacimientos y defunciones
- Para denunciar el maltrato o abandono infantil
- Para informar de reacciones a medicamentos o problemas con productos
- Para notificar a las personas la retirada de productos que puedan estar utilizando
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad
- Para denunciar abusos, negligencia o violencia doméstica. Según lo exija o autorice la ley.

**Cumplimiento de la ley:** Podemos utilizar o divulgar su PHI si así nos lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, emplazamiento o proceso similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona.
- Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva.
- Sobre la conducta delictiva en nuestra oficina.
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la localización del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el delito.

**Situaciones especiales:** Podemos utilizar o divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes situaciones. Estas situaciones incluyen:

- Actividades de supervisión sanitaria - Algunos ejemplos son las auditorías, las investigaciones, las inspecciones y la concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- Demandas y litigios - Sólo en respuesta a una orden judicial o administrativa.
- Médicos forenses y directores de funerarias.
- Donación de órganos y tejidos.
- Militares, Veteranos y Seguridad Nacional - Según lo requiera el mando militar o los funcionarios federales autorizados.
- Indemnización de los trabajadores.
- Reclusos o individuos bajo custodia de un funcionario de las fuerzas de seguridad - Podemos revelar la PHI a la institución o funcionarios del correccional cuando sea necesario (1) para que la institución le proporcione atención sanitaria; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

**USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN ESPECIALMENTE PROTEGIDA:**

Las leyes federales y de Oregón proporcionan protecciones adicionales de confidencialidad en las siguientes circunstancias:

- VIH - En Oregón, por lo general, los profesionales sanitarios no pueden revelar la identidad de una persona sometida a la prueba del VIH ni los resultados de las pruebas relacionadas con el VIH sin su consentimiento específico y se le debe notificar este derecho de confidencialidad.
- Drogas y alcohol - Estos registros están especialmente protegidos y suelen requerir su consentimiento específico para su divulgación, tanto en virtud de la ley federal como de la estatal.
- Salud mental - Estos registros están especialmente protegidos en algunas circunstancias y suelen requerir su consentimiento específico para su divulgación, tanto en virtud de la ley federal como de la estatal.
- Salud mental - Estos registros están especialmente protegidos en algunas circunstancias y suelen requerir su consentimiento específico para su divulgación, tanto en virtud de la ley federal como de la estatal.
- Información genética - La información genética está especialmente protegida y suele requerir su consentimiento específico para su divulgación, tanto en virtud de la legislación federal como de la estatal.

### **SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU PHI:**

Tiene los siguientes derechos en relación con el uso y la divulgación de su PHI:

**Derecho a inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. Normalmente esto incluye los registros médicos y de facturación. Sin embargo, según la ley federal, no podrá inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información recopilada en previsión razonable de una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en los mismos, e información sanitaria protegida que esté sujeta a una ley que prohíba el acceso a la información sanitaria protegida.

Para inspeccionar y copiar la información médica que CCFP, SMM utiliza para tomar decisiones sobre usted, póngase en contacto con nuestro departamento de historiales médicos llamando al (503) 559-3312. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa por los costes de copia, envío por correo u otros suministros asociados a su solicitud.

Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación.

**Derecho de rectificación:** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para el establecimiento.

- Para solicitar una enmienda, póngase en contacto con el responsable de privacidad del CCFP, SMM para obtener un formulario.
- Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique.
- Podemos denegar su solicitud de modificación de información que:
  - No fue creado por nosotros.
  - No forma parte de la información médica conservada por o para nuestra oficina.
  - No forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.
  - Es preciso y completo.

Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y podremos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

**Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar una relación de las divulgaciones que hayamos hecho de su PHI en los seis años anteriores, a partir del 14 de abril de 2003. No tiene derecho a que le demos cuenta de las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención sanitaria; las divulgaciones que usted autorizó; las divulgaciones a usted; las divulgaciones incidentales; las divulgaciones a familiares u otras personas implicadas en su atención; las divulgaciones a instituciones penitenciarias y a las fuerzas del orden en algunas circunstancias; las divulgaciones de información de conjuntos de datos limitados; o las divulgaciones con fines de seguridad nacional o de aplicación de la ley.

Para solicitar una relación de las divulgaciones de CCFP, SMM, póngase en contacto con el responsable de privacidad de SFP para solicitar un formulario.

**Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilicemos o divulguemos sobre usted para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia sanitaria. También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que divulguemos sobre usted a alguien que participe en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido.

**Su profesional no está obligado a aceptar su solicitud.** Si el profesional considera que es lo mejor para usted permitir el uso y la divulgación de su PHI, ésta no se restringirá. En ese caso, usted tiene derecho a recurrir a otro profesional sanitario. Si su profesional sí está de acuerdo, accederemos a su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de urgencia.

Para solicitar restricciones, póngase en contacto con el responsable de privacidad para solicitar un formulario.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una forma determinada o en un lugar concreto. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, póngase en contacto con el responsable de privacidad para obtener un formulario.

**Derecho a una copia en papel de este aviso:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica, sigue teniendo derecho a una copia en papel del mismo. Para obtener una copia en papel de este aviso, solicítela en nuestro mostrador de recepción.

### **CAMBIOS EN ESTE AVISO:**

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la PHI que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia del aviso actual en la zona de recepción de cada una de nuestras oficinas. El aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior izquierda, la fecha de entrada en vigor.

### **QUEJAS:**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede dirigir su queja por escrito al responsable de privacidad. Póngase en contacto con nuestra oficina para solicitar un formulario. Si no podemos resolver su problema, también tiene derecho a presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Región X, Oficina de Derechos Civiles, 2201 6 Avenue, Ste. 900, Seattle, WA 98121.

***No le penalizaremos ni tomaremos ningún tipo de represalia contra usted por presentar una queja.***

### **OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE PHI:**

Otros usos y divulgaciones de su PHI que no estén contemplados en este aviso o en las leyes que nos son aplicables, sólo se llevarán a cabo con su consentimiento por escrito. Si nos da permiso para utilizar o divulgar su PHI, podrá revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de utilizar o divulgar su PHI por los motivos contemplados en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le hemos prestado.

### **OFICINA DE PRIVACIDAD Y PERSONA DE CONTACTO:**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad o desea objetar o quejarse sobre cualquier uso o divulgación como se explica arriba, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad como se indica a continuación. Tenga en cuenta que el Aviso de Prácticas de Privacidad de todas las clínicas se envía por correo a la información que figura a continuación.

## **Política de sustancias controladas para pacientes nuevos**

Nuestro objetivo es mejorar de forma segura la función y la calidad de vida. Practicamos una medicina basada en pruebas y seguimos las directrices establecidas para las sustancias controladas. Entre ellas se incluyen los narcóticos, las benzodiazepinas y los estimulantes. Por desgracia, existe un alto potencial de tolerancia, dependencia y efectos secundarios con estos medicamentos. Por lo tanto, la prescripción de estos medicamentos está estrictamente regulada y debe supervisarse cuidadosamente.

- A **ningún paciente** se le recetará una sustancia controlada en la primera visita.
- El control del dolor puede intentarse primero con medicación/métodos no controlados.
- En el caso de cualquier paciente que esté tomando actualmente una sustancia controlada, el proveedor debe disponer de los historiales médicos anteriores del proveedor que se la recetó y, aun así, no se recetará a ningún paciente una sustancia controlada en la primera visita.
- En la mayoría de los casos (excluidos los pacientes con cáncer/cuidados paliativos/pacientes posquirúrgicos actualmente en centros con sustancias controladas) el proveedor disminuirá lentamente las dosis cada mes a un ritmo seguro hasta que se pueda interrumpir la medicación, o se remitirá a un equipo de tratamiento del dolor que prescriba la medicación.

Nos preocupamos por la salud, la función y la calidad de vida de cada paciente. Practicar una medicina segura es nuestra máxima prioridad. Esperamos que lea y cumpla los requisitos que hemos enumerado.

## **Reposición de medicamentos**

Nuestro objetivo es atender todas las solicitudes de reposición de medicamentos en un plazo de 48 horas laborables. Esto puede solicitarse a través de su portal del paciente o llamando a su farmacia. Por favor, no llame a la oficina para reabastecerse ya que su farmacia se pondrá en contacto con nosotros después de que usted les notifique de su solicitud de reabastecimiento o les notifique que usted tiene un nuevo PCP.

## **Citas perdidas/tardías**

Para mantener el más alto nivel de atención Compassion Care Family Practice cuenta con que los pacientes se presenten a tiempo a sus citas programadas. Si un paciente se presenta más de **10 minutos** después de su cita programada, se le pedirá que cambie la cita. Esto garantiza que se valore el tiempo de cada paciente.

Tenga en cuenta que al paciente que falte a 3 citas programadas se le pedirá que busque otra clínica de atención sanitaria.

## Compassion Care Family Practice, LLC

### Política Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención primaria. Nos comprometemos a proporcionarle una atención sanitaria de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto a la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, se nos ha aconsejado desarrollar esta política de pagos. Por favor, léala, pregúntenos cualquier duda que tenga y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si lo solicita.

- 1. Seguros.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si está asegurado por un plan con el que no tenemos contrato, intentaremos presentar una reclamación en su nombre, pero a menudo estas reclamaciones se pagarán a una tarifa "fuera de la red". Es posible que se le facture el saldo restante. **Conocer las prestaciones de su seguro es su responsabilidad. Póngase en contacto con su Compañía de Seguros si tiene alguna duda sobre su cobertura.**
- 2. Copagos y deducibles.** Todos los copagos y deducibles deben abonarse en el momento del servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su Compañía de Seguros. El hecho de que no cobremos los copagos y las franquicias a los pacientes puede considerarse fraude. Por favor, ayúdenos a cumplir la ley pagando su copago en cada visita.
- 3. Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos -y quizás todos- los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Es posible que se le facture por estos servicios o que deba pagarlos en su totalidad en el momento de la visita.
- 4. Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben rellenar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su carnet de conducir y de su seguro vigente para proporcionarle una prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable del saldo de una reclamación.
- 5. Presentación de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos en todo lo que razonablemente podamos para que le paguen sus reclamaciones. Es posible que su Compañía de seguros le solicite que facilite directamente determinada información. Es su responsabilidad cumplir con lo que le soliciten. Tenga en cuenta que el saldo de su siniestro es responsabilidad suya, tanto si su Compañía de Seguros paga su siniestro como si no. La prestación de su seguro es un contrato entre usted y su Compañía de Seguros; nosotros no formamos parte de ese contrato.
- 6. Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, notifíquenoslo en su próxima visita o antes para que podamos hacer los cambios oportunos y ayudarle a recibir sus máximos beneficios.
- 7. Pago en el momento de la visita.** Nuestra consulta ofrece un descuento del 20% a los pacientes sin seguro que paguen los servicios recibidos en la fecha de su visita. Podemos ofrecer este descuento debido a los costes que nos ahorramos en facturarle a usted. Si ha recibido una factura por estos servicios, no podremos ofrecerle el descuento.
- 8. Planes de pago.** Nuestra oficina está feliz de trabajar con nuestros pacientes para organizar planes de pago. Estamos dispuestos a encontrar un pago que funcione para su presupuesto. No cobraremos intereses, simplemente pedimos que se haga un pago cada mes. En caso de que no realice un pago durante 3 meses consecutivos, su cuenta será remitida a nuestra agencia de cobros.
- 9. Impago.** Tenga en cuenta que, si un saldo permanece impagado, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobros y usted y sus familiares directos pueden ser dados de baja de esta consulta. Consideraremos verle como paciente una vez que la totalidad de su saldo haya sido pagado a la agencia de cobros.
- 10. Quiebra.** En caso de que se declare en quiebra y nuestro consultorio deba cancelar su saldo, usted y sus familiares directos serán dados de baja de nuestra práctica. No podremos considerar atenderle en el futuro.
- 11. Citas perdidas.** Nuestra política es cobrar por las citas perdidas. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor acudiendo a su cita regularmente programada.

Nuestra consulta se compromete a ofrecer el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y acostumbrados para nuestra área. Gracias por comprender nuestra política de pagos. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. **He leído y comprendo la política de pagos y acepto regirme por sus directrices:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Autorización para compartir información médica**

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

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

Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

**Autorizo a compartir información médica con las siguientes personas:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

**Autorizo que se comparta la siguiente información (marque todo lo que corresponda**

- \_\_\_\_\_ No se puede compartir ninguna información
- \_\_\_\_\_ Se puede compartir cualquier información
- \_\_\_\_\_ Puedo autorizar la divulgación de mi historial médico u obtener copias de mi historial médico
- \_\_\_\_\_ Información de facturación
- \_\_\_\_\_ Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**Esta autorización permanecerá en vigor (marque sólo una opción:**

- \_\_\_\_\_ Desde la fecha de firma de la presente hasta (fecha) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Hasta que cancele esta autorización por escrito
- \_\_\_\_\_ Hasta que ocurra lo siguiente (especifique) \_\_\_\_\_

**Al firmar esto autorizo la divulgación de toda la información marcada arriba. Reconozco que he revisado y comprendido este formulario de autorización.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# El Portal del Paciente

## Cómo inscribirse y por qué debería hacerlo

El Portal del Paciente en línea es el único lugar al que debe acudir para administrar su salud en cualquier momento y lugar. Programe citas, envíenos mensajes no urgentes o solicitudes de reposición, y consulte los resultados de sus pruebas y su facturación en línea sin tener que concertar una cita ni esperar al teléfono.

### Características del portal del paciente

<b>Mensajería privada:</b>	Comuníquese en privado con nosotros a cualquier hora del día o de la noche con mensajería segura no urgente.
<b>Solicitudes de reposición:</b>	Solicite en línea la renovación de sus recetas sin tener que dedicar tiempo a ello.
<b>Resultados de pruebas:</b>	Consulte sus resultados de laboratorio y su historial médico al instante sin necesidad de concertar una cita.
<b>Facturación en línea:</b>	Pague sus facturas con sólo pulsar un botón y guarde sus datos de facturación en un archivo para su uso posterior.

### ¿Cómo me registro?

- Una vez que sea un paciente registrado, le enviaremos una invitación por correo electrónico para que se registre en su Portal del Paciente personal.
- Póngase en contacto con Compassion Care Family Practice para obtener más información o si necesita ayuda.