

Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente

Instalación Primaria:				Médico Primario:			
Apellido:				Primer Nombre:			
Fecha nacimiento: / /				Género al Nacer:		Género Preferido:	
SSN# - -				Idioma Preferido:			
Raza y Etnicidad							
Raza – Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado							
Etnicidad - Marque uno <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado							
Dirección de Envío:							
Apt #:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Dirección de Casa (si es diferente al correo):							
Apt #		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono de Casa :				Teléfono Celular:			
Teléfono del Trabajo :				Dirección de Correo Electrónico:			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Compañero							
Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante							
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Deber Activo/Militar <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado							
Nombre del Empleador:				Ocupación:			
Nombre de Escuela:							
<u>Información del Padre/Tutor:</u>							
Nombre de la Madre:				Fecha nacimiento: / /			
Dirección:				Teléfono:			
Nombre del Padre:				Fecha nacimiento: / /			
Dirección:				Teléfono:			
Nombre del Guardián:				Fecha nacimiento: / /			
Dirección:				Teléfono:			
Relación con el Paciente:							
<u>Contacto de Emergencia:</u>							
Nombre:				Relación:			
Dirección:				Teléfono:			

<u>Información de Farmacia:</u>		
Nombre:		Dirección:
Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Información del Seguro		
Nombre del Plan Primario :		Número de Póliza:
Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro:		
Nombre del Plan Secundario:		Número de Póliza:
<u>Información de Parte Responsable:</u>		
Nombre:		Dirección:
Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Relación con el paciente:		
Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro:		
<p>Las siguientes preguntas ayudan al centro de salud a recibir financiamiento para asegurarse de que su cuidado es económico y puede ayudar a reducir el costo de su atención de salud</p> <p>Es usted: (Por favor marque todos los que apliquen)</p> <p>Sin Hogar / Viviendo en Refugio</p> <p>¿Vive en un albergue o alquiler semanal/mensual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha vivido en un refugio o alquiler semanal/mensual en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Comparte una vivienda unifamiliar con una o más familias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Comparte vivienda unifamiliar con más de 3 personas no relacionadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha compartido viviendas unifamiliares con más de 3 personas no relacionadas dentro del último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Actualmente vive con su familia o amigos mientras busca vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Vivienda Pública</p> <p>¿Actualmente vive en vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha vivido en viviendas públicas en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Actualmente vive en viviendas para personas mayores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha vivido en viviendas para personas mayores en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Recibe los beneficios de vivienda de la Sección 8? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Recibió los beneficios de vivienda de la Sección 8 en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Es usted un: ___ Veterano ___ Empleado de LIFQHC ___ Miembro de la Junta</p>		

¿Cómo se enteró de nosotros? (Por favor marque uno)

Referido por

- Empleado Paciente Agente comunitario

Anuncio

- Periódico Folleto/Cartel Evento de LIFQHC

Otro

Describe Por favor _____

Directiva Anticipada:

¿Tiene una directiva anticipada?

- Si No

Testamento vital: Si No

En caso afirmativo, ¿tenemos una en archivo?

- Si No

Representante de Atención de Salud:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono

Otros Proveedores de Atención de Salud:

Nombre

Especialidad

Teléfono

Comunicación

Estoy de acuerdo en permitir que Long Island FQHC me contacte en los siguientes métodos con respecto a mi información privada de salud, evaluación y tratamiento. Autorizo a Long Island FQHC a dejarme mensajes cuando no esté disponible.

Por favor, indique sus preferencias abajo para ser contactado:

¿Le gustaría tener acceso a nuestro portal de pacientes?

- Si No

Número de teléfono preferido:

- Casa Celular Trabajo

Se puede dejar mensaje de voz:

- Casa Celular Trabajo

Se puede dejar un mensaje de texto:

- Si No

* Pueden aplicarse tarifas MSG y de datos

El mejor momento para contactarle:

- Mañana Mediodía Noche

Firma del Paciente o Parte Responsable: _____

Naturaleza de la Relación con el Paciente (si el paciente no firma): _____

Fecha: _____

Formulario de Consentimiento de Long Island FQHC, Inc.

Consentimiento para el tratamiento. Autorizo a Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC) y su personal médico, de enfermería y otros miembros del personal profesional, a proporcionar los servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que, a juicio del personal médico de LIFQHC, se consideran necesarios o aconsejables para mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidos los rayos X de diagnóstico, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de LIFQHC. La prueba del VIH ahora es parte de la atención de rutina y ya no se requiere el consentimiento por escrito. Tengo derecho a rechazar la prueba del VIH en cualquier momento. El LIFQHC ofrece servicios de planificación familiar. Entiendo que mi aceptación de los servicios de planificación familiar no es un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio ofrecido por el LIFQHC.

Divulgación de información: Autorizo a LIFQHC a utilizar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento de cuidado de la salud; (2) permitir que LIFQHC obtenga el pago por los servicios que me brinda; y (3) permitir a LIFQHC llevar a cabo operaciones comerciales y de atención de la salud ordinarias tales como la garantía de calidad, la planificación de servicios y la administración en general.

Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir información sobre:

- VIH o SIDA
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedad mental o cualquier condición de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Planificación familiar, embarazo y aborto
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas

Soy consciente de que Long Island FQHC, Inc. puede compartir información con mis otros proveedores médicos para el tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de beneficios: Asigno a LIFQHC todos los beneficios a los que yo pueda tener derecho de parte de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y el tratamiento brindado por LIFQHC

Obligaciones Financieras: Estoy de acuerdo que, salvo que la ley limite o los acuerdos de LIFQHC con terceros pagadores, en el caso de falta de pago por parte de un tercero de quien yo he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios provisto en las instalaciones de LIFQHC de acuerdo con las tarifas y términos de LIFQHC vigentes a la fecha del servicio. También estoy de acuerdo en que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable.

Política de no presentarse a la cita- Aviso importante

Recuerde ser cortés con nosotros y otros pacientes al llamar **al menos 4 horas antes** de la hora de su cita, para cancelar si no puede presentarse. Esto nos permitirá servir mejor a nuestros pacientes. Los pacientes que lleguen **más de 15 minutos tarde** a su cita serán considerados como que no se presentaron y deberán reprogramar su cita.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante del paciente para firmar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del paciente o persona

responsable: _____

Relación con el paciente (si el paciente no está firmando): _____

Fecha: _____



Formulario de Consentimiento de Long Island FQHC, Inc.

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC), el cual describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y divulgada por LIFQHC y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y divulgación de esta información.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Informes al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York: Por la presente autorizo a LIFQHC a reportar cualquier inmunización que su personal médico me administre al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO

En este Formulario de consentimiento, puede escoger si permite a LIFQHC tener acceso a su historia clínica a través de una red informática operada por HEALTHIX, que es parte de una red informática estatal. Esto puede ayudar a recolectar las historias clínicas que tiene en diferentes lugares donde ha sido tratado, y ponerlas a disposición de nuestra oficina de manera electrónica.

Usted puede usar este Formulario de consentimiento para decidir si permite o no a LIFQHC ver y obtener acceso a su historia clínica electrónica. Puede dar o negar su consentimiento, y puede llenar este formulario ahora o más adelante. **Su elección no afectará el que reciba atención o cobertura médica. Su elección de dar o negar su consentimiento no puede ser la base para negarle servicios médicos.**

Si marca el casillero "**DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "Sí, el personal de [Name of Provider Organization] involucrado en mi atención puede ver y acceder a todas mis historias clínicas a través de HEALTHIX".

Si marca el casillero "**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "No, LIFQHC no puede tener acceso a mi historia clínica a través de HEALTHIX para ningún propósito".

HEALTHIX es una organización sin fines de lucro. Comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y segura, para mejorar la calidad de los servicios médicos. Esta forma de compartir se denomina ehealth o tecnología de la información médica (TI médica). Para conocer más acerca de ehealth en el Estado de Nueva York, lea el folleto, "Mejor información significa mejor cuidado". Puede consultar a LIFQHC, o ingresar al sitio web www.ehealth4ny.org.

Lea detenidamente la información al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que LIFQHC acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX en relación con mis servicios médicos, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que LIFQHC acceda a** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX para cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica.*

NOTA: A MENOS QUE MARQUE ESTE CASILLERO, la ley del Estado de Nueva York permite que las personas que lo atienden en una emergencia accedan a su historia clínica, incluidos los registros que están disponibles a través de HEALTHIX.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal en letra de imprenta
(si corresponde)

Relación del representante legal
con el paciente (si corresponde)

FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO

Detalles sobre la información del paciente en HEALTHIX y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo será utilizada su información.** Su información médica electrónica será utilizada por LIFQHC únicamente para:

- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
- Verificar si tiene seguro médico y qué nivel de cobertura.
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica provista a todos los pacientes.

NOTA: La elección que realice en este Formulario de consentimiento NO permite que las compañías de seguros tengan acceso a su información con el fin de decidir si le brindan cobertura o si pagan sus facturas. Puede tomar esa decisión en un Formulario de consentimiento individual que las compañías de seguro deben usar.

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si presta su consentimiento, LIFQHC podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible, a través de la RHIO. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este Formulario de consentimiento. Su historia clínica puede incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura), resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas delicados de salud, entre los que se incluyen:

- problemas de alcohol o drogas;
- anticoncepción o aborto (planificación familiar);
- análisis o enfermedades genéticas (heredadas);
- VIH/SIDA;
- trastornos mentales;
- enfermedades de transmisión sexual.

3. **De dónde proviene su información médica.** Su información proviene de lugares que le han suministrado atención médica o cobertura médica ("Fuentes de información"). Entre ellos se incluyen hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro, el programa Medicaid, y otras organizaciones de ehealth que intercambian información médica de manera electrónica. Una lista completa de fuentes de información está disponible en Hudson River HealthCare. Puede obtener una lista actualizada de fuentes de información en cualquier momento, ingresando al sitio web de HEALTHIX www.healthix.org o llamando al 877.695.4749.

4. **Quién puede tener acceso a su Información, si usted presta su consentimiento.** Únicamente estas personas pueden acceder a su información: médicos y otros profesionales de la salud que trabajen en LIFQHC y el personal médico que esté involucrado en su atención médica; profesionales de la salud que están cubriendo a médicos de LIFQHC o que están de guardia; y miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de consentimiento, según se describen en el párrafo uno.

5. **Sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en cualquier momento sospecha que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a su información, lo ha hecho, llame a LIFQHC al: 516.571.8600 o ingrese al sitio web de HEALTHIX: www.healthix.org ; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

6. **Redivulgación de la información.** Cualquier información médica electrónica sobre usted puede ser divulgada nuevamente por LIFQHC a terceros, sólo según el alcance permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también se aplica para información médica sobre usted que exista en papel. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunos tipos de información médica, incluido el tratamiento contra el VIH/SIDA, el alcohol o las drogas. Se deben seguir requisitos especiales siempre que cualquier persona reciba información sensible de este tipo. La HEALTHIX y las personas que accedan a esta información a través de la HEALTHIX deben cumplir con estos requisitos.

7. **Perfodo de vigencia.** Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que usted retire su consentimiento.

8. **Cómo retirar su consentimiento.** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario para retirar el consentimiento y entregandoselo a la LIFQHC. También puede cambiar las elecciones de su consentimiento firmando un nuevo Formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en el sitio web de THINC www.healthix.org, o llamando al 877.695.4749.

Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de HEALTHIX durante la vigencia de su consentimiento, pueden copiar o incluir información en su historia clínica. Incluso si después usted decide retirar su consentimiento, estas no están obligadas a devolver o eliminar esta información de sus registros.

9. **Copia del formulario.** Tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de consentimiento luego de firmarlo.

Determinación de Cumplimiento de los Requisitos para los Descuentos de Escala Móvil

Es la política de Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC) la de ofrecerles servicios esenciales a todos los pacientes sin importar su capacidad para pagar. Los descuentos están establecidos por el Consejo de Directores para las consumidores de LIFQHC y se les ofrece con base en la información que las mismos consumidores proporcionan en cuanto al tamaño e ingreso familiar. Si usted cumple con los requisitos para los descuentos de la escala móvil de cuotas, ésta va a ser aplicada a todos las servicios que reciba en LIFQHC, pero no en aquellos servicios proporcionados fuera del Centro de Salud.

Por favor complete la siguiente información, aún si usted cuenta con seguro.

Ingreso Familiar antes de Impuestos

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NÚMERO	INGRESO MENSUAL	INGRESO ANUAL
Usted mismo Nombre			
Cónyuge			
Menores dependientes			
Otros dependientes			
Total			

Me rehusó en proporcionar la información sobre mi ingreso y tamaño familiar y estoy de acuerdo en pagar la cuota completa de LIFQHC.

SE REQUIERE UNA PRUEBA DE INGRESO ACEPTABLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS CON BASE EN UNA ESCALA MÓVIL. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, POR FAVOR MANTEGA A LIFQHC INFORMADO.

Yo certifico que toda la información arriba mostrada es verdadera, precisa y correcta. Entiendo que si LIFQHC determina que yo he tergiversado o falsificado información, no podré recibir los descuentos y me pueden pedir que pague las descuentos que me habían ofrecido.

Estoy de acuerdo en proporcionar la documentación de mi ingreso durante mi siguiente consulta.

Nombre (letra de molde) _____ Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

El personal completará lo siguiente

- | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| 1. Cumple los requisitos para las descuentos con base en la escala móvil: | Sí ___ No ___ | El pacientes se rehusó ___ |
| 2. En caso de haber respondido Sí, se proporcionó | | |
| 3. Una prueba aseptable de ingreso: | Sí ___ No ___ | El pacientes se rehusó ___ |
| 4. Sí cuenta con seguro, se proporcionó la tarjeta del seguro medico: | Sí ___ No ___ No aplica ___ | |
| 5. El paciente no reporta ingresos: | Sí ___ | |
| 6. El paciente no puerde obtener una prueba del empleador: (Esto incluye paga en efectivo o ingreso fuera nómina) | Sí ___ | |

Family Planning Sliding Scale Code (SS1- SS5 or N/A) _____



**ACUSO DE RECIBO DEL PACIENTE
SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD
PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Con Fecha: _____, New York

_____, 20____

Firma del Paciente o Representante

Nombre del Paciente (En imprenta): _____

Nombre del Representante Personal: _____
(En imprenta) (Si aplica)

Relación con el Paciente: _____
(Si aplica)

Nassau Health Care Corporation con razón social NuHealth:

**Nassau University Medical Center
A. Holly Patterson Extended Care Facility
Long Island Federally Qualified Health Centers con razón social Long Island FQHC, Inc.**

Colectivamente el “Sistema de Salud”

NOTIFICACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

El Sistema de Salud está comprometido a mantener la privacidad de su información protegida de salud (sigla en inglés “PHI”), lo cual incluye PHI electrónica, de acuerdo con las estipulaciones de la Ley Health Insurance Portability and Accountability Act y la Ley de Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, y sus regulaciones (colectivamente las “Normas de HIPAA” sigla en Inglés), las cuales incluyen información acerca de su condición médica, de los cuidados y tratamientos que recibe del Sistema de Salud. Esta notificación detalla como su PHI puede ser usada y divulgada por terceras partes para llevar a cabo su tratamiento, pagos por el tratamiento, operaciones de cuidados de salud del Sistema de Salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley y las Normas HIPAA. Esta notificación también detalla sus derechos relacionados con su PHI

USO O DIVULGACIÓN DE PHI

1. El Sistema de Salud puede usar y/o divulgar su PHI para tratamiento, para el pago de su tratamiento y operaciones de cuidados de salud del Sistema de Salud. Los siguientes son ejemplos que pueden ocurrir de los tipos de usos y/o divulgación de su PHI. Estos ejemplos no contemplan todos los posibles tipos de uso y/o divulgación.

(a) Tratamiento – Para proveer, coordinar y manejar sus cuidados de salud el Sistema de Salud proveerá su PHI a los profesionales de cuidados de salud, sean o no personal del Sistema de Salud, directamente involucrados en sus cuidados para que ellos puedan entender su condición médica y sus necesidades, y le provean de consejo médico o tratamiento (por ejemplo, un especialista o laboratorio). Por ejemplo, un médico tratándolo por una enfermedad como artritis

puede que necesite saber cuáles son los medicamentos que se le han formulado por los médicos del Sistema de Salud.

(b) Pago – Para que sean pagados algunos o todos los servicios de cuidados de salud que se le han dado, el Sistema de Salud proveerá su PHI, directamente o a través del servicio de facturación a las terceras partes correspondientes, en virtud de sus requerimientos de facturación y pagos. Por ejemplo, el Sistema de Salud puede que necesite informarle a su plan de seguro sobre la necesidad de hospitalizarlo, de manera que el plan de seguro pueda determinar si pagará por estos gastos o no.

(c) Operaciones de Cuidados de Salud – Para que el Sistema de Salud opere de acuerdo con la ley aplicable y los requerimientos del seguro, como también para que el Sistema de Salud continúe ofreciendo cuidados eficientes y de calidad, puede que sea necesario que el Sistema de Salud recopile, use y/o divulgue su PHI. Por ejemplo, el Sistema de Salud puede usar su PHI para evaluar el desempeño de su propio personal al proveerle cuidados de salud o apoyar las actividades de negocio del Sistema de Salud. Estas actividades operacionales pueden incluir: evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento, programas de entrenamiento que involucren estudiantes, aprendices o practicantes bajo supervisión y actividades administrativas en general.

AUTORIZACIÓN NO REQUERIDA

1. Adicionalmente al tratamiento, pagos y operaciones de cuidados de salud, el Sistema de Salud puede usar y/o divulgar su PHI, sin su autorización escrita, en las siguientes circunstancias:

(a) Información no identificable - Su PHI está alterada y no lo identifica; aún sin su nombre no puede ser usada para identificarlo.

(b) Asociado de Negocios – Para un asociado de negocios, el cual es quien el Sistema de Salud contrata para proveer los servicios necesarios para su tratamiento, pagos por su tratamiento y operaciones de cuidados de salud (por ejemplo, servicio de facturación o de transcripción). El Sistema de Salud obtendrá satisfactoriamente una garantía escrita de acuerdo con la ley aplicable, en la que el asociado de negocios y sus subcontratistas protegerán apropiadamente su PHI.

(c) A usted o a su Representante Personal – A usted o a la persona a quien, bajo la ley aplicable, tiene la autoridad de representarlo en la toma de decisiones relacionadas con sus cuidados de salud.

(d) Actividades de Salud Pública – Tales actividades incluyen por ejemplo, información recopilada por la autoridad de salud pública, que autorizada por la ley, previene o controla enfermedades, lesiones o incapacidades. Esto incluye reportes de abuso o negligencia de menores.

(e) Escuelas – Las pruebas de vacuna(s) de un estudiante o prospecto pueden ser divulgadas a la escuela sin autorización escrita si la ley estatal requiere que la escuela tenga los registros de vacunas. El acuerdo de divulgación puede ser dado de manera escrita o verbal y documentado en la historia clínica del paciente.

(f) Administración de Alimentos y Medicamentos – Si la Administración de Alimentos y Medicamentos requiere que se reporten eventos adversos, productos defectuosos, problemas o desviaciones biológicas del producto, se haga seguimiento de productos, se autorice el retiro de productos del mercado, reparaciones o reemplazos o se conduzca la vigilancia tras el mercadeo.

(g) Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica – A una autoridad gubernamental si por ley el Sistema de Salud está obligado a realizar tal divulgación. Si por ley el Sistema de Salud está autorizado a realizar tal divulgación, lo hará de esta manera si considera que la divulgación se hace necesaria para prevenir serios daños o si el Sistema de Salud considera que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Cualquier divulgación será hecha de acuerdo con lo requerido por la ley, la cual incluye también una notificación para usted sobre la divulgación.

(h) Actividades de Supervisión de Salud – Tales actividades, las cuales deben ser requeridas por la ley, incluyen agencias gubernamentales involucradas en las actividades de supervisión que se relacionen con el sistema de cuidados de salud, programas de beneficio del gobierno, programas de regulación gubernamental y de ley de derechos civiles. Esas actividades incluyen, por ejemplo, investigaciones criminales, auditorias, acciones disciplinarias o actividades generales de supervisión relacionadas con el sistema de cuidados de salud comunitario.

(i) Acciones Judiciales y Administrativas • Por ejemplo, el Sistema de Salud puede solicitar que se divulgue su PHI en respuesta a una orden judicial o a una citación expedida legalmente.

(j) Con Fines de Cumplimiento de Ley – En ciertas instancias, su PHI no tendrá que ser divulgado al oficial de orden público para efectos de cumplimiento de ley. Los fines de cumplimiento de ley incluyen : (1) cumplimiento de un proceso legal (por ejemplo una citación) o como sea requerido por ley; (2) información para efectos de identificación y ubicación (por ejemplo, sospechoso o persona desaparecida); (3) información relacionada con una persona que se sospecha o es víctima de un crimen; (4) en situaciones en donde la muerte de un individuo puede ser el resultado de conducta criminal; (5) en el evento de un crimen bajo las premisas del Sistema de Salud; y (6) una emergencia médica (no bajo las premisas del Sistema de Salud) se ha dado y al parecer un crimen ha ocurrido.

(k) Forense o Médico Legista – El Sistema de Salud puede divulgar su PHI al forense o médico legista con el propósito de identificarlo o determinar la causa de su muerte, o al director de la funeraria como es permitido por la ley y tanto como sea necesario para cumplir con sus deberes.

(l) Donación de Órganos, Ojos y Tejidos – Si usted es un donante de órganos, el Sistema de Salud divulgará su PHI a la entidad con la que usted acordó donar sus órganos.

(m) Investigación – Si el Sistema de Salud está involucrado en actividades de investigación, su PHI puede ser usado, pero tal uso está sujeto a numerosos requerimientos gubernamentales que están destinados a proteger la confidencialidad de su PHI, tales como, la aprobación de la investigación de parte de un consejo de revisión institucional y la exigencia de seguimiento de protocolos.

(n) Evitar una Amenaza a la Salud o a la Seguridad – El Sistema de Salud puede divulgar su PHI si considera que tal divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una seria e inminente amenaza a la salud o seguridad de una persona o del público y la divulgación se hace a un individuo que razonablemente es capaz de prevenir o disminuir la amenaza.

(o) Funciones Gubernamentales Especializadas – Cuando las condiciones apropiadas apliquen, el Sistema de Salud puede usar el PHI de individuos que son personal de las Fuerzas Armadas: (1) para actividades que se estimen necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas; (2) para el propósito de una determinación de elegibilidad de beneficios del Departamento de Asuntos para Veteranos; o (3) para autoridades militares extranjeras si usted es un miembro de ese servicio militar extranjero. El Sistema de Salud puede también divulgar su PHI a oficiales federales autorizados para conducir actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluyendo la provisión de servicios de protección al Presidente o a otros legalmente autorizados.

(p) Reclusos – El Sistema de Salud puede divulgar su PHI a una institución penitenciaria o a un oficial de orden público si usted es un recluso de esa institución penitenciaria y su PHI es necesaria para proveerle cuidados y tratamiento o si es necesaria para la salud y seguridad de otros individuos o reclusos.

(q) Compensación por Accidente de Trabajo – Si usted está involucrado en un reclamo de compensación por accidente de trabajo, puede ser que sea requerida la divulgación de su PHI a un individuo o entidad que es parte del sistema de compensación por accidente de trabajo.

(r) Asistencia en caso de Desastre – El Sistema de Salud puede usar o divulgar su PHI a una entidad pública o privada autorizada para la asistencia en caso de desastre.

(s) Requerido por la Ley. Si es requerido por la ley, pero dicho uso o divulgación podrá hacerse en cumplimiento de la ley y limitado por los requerimientos de ley.

AUTORIZACIÓN

Como se detalla en las Normas de HIPAA, ciertos usos y divulgaciones de notas psicoterapéuticas, usos y divulgaciones de PHI para efectos de mercadeo (como se describe en la sección de “Mercadeo” de esta Notificación de Confidencialidad), y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren de usted una autorización escrita, y otros usos y divulgaciones de otro modo no permitidas como se describe en esta Notificación de Confidencialidad, serán hechas solo con su autorización escrita, la cual usted podrá revocar en cualquier momento como se detalla en la sección de “Sus Derechos” de esta Notificación de Confidencialidad.

HOJA DE REGISTRO

El Sistema de Salud puede usar una hoja de registro en el mostrador de registro. El Sistema de Salud puede también llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando el médico esté listo para atenderlo.

DIRECTORIO DEL PACIENTE

A menos que usted rehúse, el Sistema de Salud incluirá información en su directorio de individuos, incluyendo su nombre, ubicación en las instalaciones, su estado descrito en términos generales y su afiliación religiosa. El directorio de información, con excepción de la afiliación religiosa será informado a las personas que pregunten por usted dando su nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a los miembros del clérigo, aun si ellos no preguntan por usted dando su nombre.

RECORDATORIO DE CITAS

El Sistema de Salud, de vez en cuando lo contactará para darle recordatorios de citas. El recordatorio puede ser en forma de carta o de postal. El Sistema de Salud tratará de minimizar la cantidad de información contenida en el recordatorio. El Sistema de Salud puede contactarlo también por teléfono y si usted no está disponible, el Sistema de Salud le dejará un mensaje.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO/BENEFICIOS

El Sistema de Salud puede, de vez en cuando, contactarlo sobre sus alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud o servicios que pudieran ser de su interés.

MERCADEO

El Sistema de Salud puede solo usar y/o divulgar su PHI para actividades de mercadeo si obtiene de usted previa Autorización escrita. Actividades de “Mercadeo” incluyen comunicaciones que le sugieren la compra o uso de un producto o servicio, y esta comunicación no está hecha para sus cuidados o tratamiento. Sin embargo, mercadeo no incluye por ejemplo, enviarle un boletín informativo acerca de este Sistema de Salud. En el Mercadeo también se incluye la factura de pago del Sistema de Salud por productos o servicios de terceras partes que le fueron promocionados a usted. El Sistema de Salud le informará si participa en este mercadeo y obtendrá de usted una Autorización previa.

RECAUDO DE FONDOS

El Sistema de Salud puede usar y/o divulgar parte de su PHI para contactarlo con fines de actividades de recaudo de fondos de apoyo al Sistema de Salud. Cualquier material de recaudo de fondos que se le envíe describirá cómo puede optar por no recibir cualquier comunicación posterior.

COBERTURA DE TURNO DE LLAMADA

Para poder proveerle con cobertura de turno de llamada, es necesario que el Sistema de Salud establezca relaciones con otros médicos quienes atenderán su llamada si un médico del Sistema de Salud no está disponible. Aquellos médicos en turno de llamada proveerán al Sistema de Salud con cualquier PHI que ellos hayan creado y por ley, mantendrán confidencial su PHI.

FAMILIA/AMIGOS

El Sistema de Salud puede divulgar a los miembros de su familia, a otros parientes, a un amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, su PHI directamente relevante a la participación de dicha persona en su cuidado o en el pago de sus cuidados. El Sistema de Salud también puede usar o divulgar su PHI para notificar o asistir en la notificación (incluyendo identificación o ubicación) de un miembro de la familia, un representante personal u otra persona

responsable de su cuidado, de su ubicación, estado general o muerte. Sin embargo, en ambos casos, las siguientes condiciones aplican:

(a) El Sistema de Salud puede usar o divulgar su PHI si usted está de acuerdo, o si el Sistema de Salud le da la oportunidad de objetar y usted no lo objeta, o si el Sistema de Salud puede inferir razonablemente por las circunstancias, basado en el ejercicio de su juicio, que usted no objeta el uso o la divulgación.

(b) Si usted no está presente, el Sistema de Salud, en el ejercicio de su juicio, decidirá si el uso o la divulgación es lo que más le conviene y si es así, divulgará solo el PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona en sus cuidados.

SUS DERECHOS

1. Usted tiene el derecho de:

- a)** Revocar cualquier autorización, por escrito, en cualquier momento. Para solicitar una anulación, si usted es paciente de Nassau University Medical Center, usted debe entregar una solicitud escrita al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier Long Island Federally Qualified Health Centers, usted debe entregar su solicitud por escrito al Centro de Salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones).
- b)** Solicitar la limitación de ciertos usos o divulgaciones de su PHI está establecido en la ley. El Sistema de Salud no está en la obligación de estar de acuerdo con cada limitación solicitada, salvo en lo requerido por las Normas de HIPAA o por la ley. Para solicitar limitaciones, usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier Long Island Federally Qualified Health Centers, usted debe entregar su solicitud por escrito al Centro de Salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). En su solicitud escrita, usted debe informar al Sistema de Salud sobre qué información quiere limitar, si usted quiere limitar el uso o divulgación por parte del Sistema de Salud, o ambos y a quien quiere que se le aplique esta limitación. Si el Sistema de Salud está de acuerdo con su solicitud, el Sistema de Salud cumplirá con su solicitud a menos que la información sea requerida para proveerle tratamiento de urgencia.
- c)** Restringir ciertas divulgaciones de su PHI a un plan de salud en donde usted tiene que pagar de su bolsillo totalmente por el ítem de cuidados de salud o el servicio.

- d)** Recibir comunicaciones confidenciales o PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier Long Island Federally Qualified Health Centers, usted debe entregar su solicitud por escrito al Centro de Salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). El Sistema de Salud dará cabida a todas las solicitudes razonables.
- e)** Revisar y copiar su PHI esta previsto por la ley. Para revisar y copiar su PHI, usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier Long Island Federally Qualified Health Centers, usted debe entregar su solicitud por escrito al Centro de Salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). En ciertas situaciones que son definidas por la ley, el Sistema de Salud puede negar su solicitud, pero usted tendrá derecho a que la negación sea revisada. El Sistema de Salud puede cargarle un costo por el valor de las copias, envío u otros suministros asociados con su solicitud.
- f)** Modificar su PHI esta previsto por la ley. Para solicitar una modificación, usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier Long Island Federally Qualified Health Centers, usted debe entregar su solicitud por escrito al Centro de Salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). Usted debe proporcionar una razón que sustente su solicitud. El Sistema de Salud puede negar su solicitud si no está por escrito, si no proporciona una razón para sustentar su solicitud, si la información a ser modificada no fue creada por el Sistema de Salud (a menos que el individuo o entidad que creó la información ya no esté disponible), si la información no es parte de su PHI mantenido por el Sistema de Salud, si la información no es parte de la información que usted permitiría revisar y copiar, y/o si la información es precisa y completa. Si usted no está de acuerdo con la negación del Sistema de Salud, usted tendrá el derecho de entregar una declaración escrita de desacuerdo.
- g)** Recibir un listado de divulgaciones como está previsto en la ley. Para solicitar un listado, usted debe hacer su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier Long Island Federally Qualified Health Centers, usted debe entregar su solicitud por escrito al Centro de Salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones). La solicitud debe

especificar un periodo de tiempo, el cual no puede ser más de seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores a Abril 14 de 2003. La solicitud debería indicar en qué forma quiere la lista (tal como una copia en papel o electrónica). La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de doce (12) meses será sin costo, pero el Sistema de Salud puede cargarle un costo por proveerle listas adicionales en ese mismo periodo de doce (12) meses. El Sistema de Salud le notificará sobre los costos relacionados y usted puede decidir si cancela o modifica su solicitud antes de incurrir en cualquier costo.

- h)** Recibir del Sistema de Salud una copia en papel de esta Notificación de Confidencialidad por solicitud al Departamento de Expedientes Médicos, NHCC, 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554. Si usted es residente de A. Holly Patterson Extended Care Facility (“AHP”) usted debe entregar su solicitud por escrito al Departamento de Expedientes Médicos, AHP, 875 Jerusalem Avenue, Uniondale, New York 11553. Si usted es un paciente de cualquier Long Island Federally Qualified Health Centers, usted debe entregar su solicitud por escrito al Centro de Salud en donde usted fue tratado (vea la lista de abajo con las direcciones).
- i)** Ser notificado tras una violación de su PHI no protegido (tal y como se define en las Normas de HIPAA).

Quejarse al Sistema de Salud o a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si cree que su confidencialidad ha sido violada. Usted puede contactar a la oficina regional de la Oficina de Derechos Civiles, la cual puede encontrarse en www.hhs.gov/ocr/office/about/rgh-addresses.html. Para presentar una queja al Sistema de Salud, usted debe contactar al Oficial de Confidencialidad del Sistema de Salud (en inglés Health System’s Privacy Officer). Todas las quejas deben estar por escrito.

Para obtener más información, o que se conteste a sus preguntas sobre sus derechos, usted puede contactar al Oficial de Confidencialidad del Sistema de Salud (en inglés Health System’s Privacy Officer) Karen G. Leslie, en 2201 Hempstead Turnpike, East Meadow, New York 11554 al (516)-572-4754.

REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD

1. El Sistema de Salud:

- (a)** Está obligado por ley a mantener la confidencialidad de su PHI y a proveerle con esta Notificación de Confidencialidad de los deberes legales del Sistema de Salud y de la confidencialidad del Sistema de Salud con respecto a su PHI.
- (b)** Está obligado a acogerse a los términos de esta Notificación de Confidencialidad, la cual está actualmente en efecto.
- (c)** Se reserva el derecho a cambiar los términos de esta Notificación de Confidencialidad y a hacer efectivas las nuevas disposiciones de la Notificación de Confidencialidad para todas sus PHI que mantiene.
- (d)** No tomará represalias porque usted presenta una queja.

(e) Debe hacer un esfuerzo de buena fe en obtener de usted el acuse de recibo de esta Notificación.

(f) Publicará esta Notificación de Confidencialidad en la página web del Sistema de Salud, si el Sistema de Salud tiene una página web.

(g) Le proveerá a usted con esta Notificación de Privacidad por correo electrónico si usted lo solicita. Sin embargo, usted también tiene el derecho e obtener una copia en papel de esta Notificación de Privacidad.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Esta Notificación entrará en vigencia en Septiembre 23 de 2013. La fecha de entrada en vigencia de la Notificación anterior fue Abril 14 de 2003.

**Nassau Health Care Corporation and Component Entities también conocido como
NuHealth
Colectivamente el “Sistema de Salud”**

NOTIFICACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

LISTA DE LOS MIEMBROS DEL SISTEMA DE SALUD

Nassau University Medical Center
A. Holly Patterson Extended Care Facility
Elmont Health Center
Hempstead Health Center
Roosevelt/Freeport Family Center
Roosevelt High School
South Ocean Care
Westbury Health Center