

La Fecha de Hoy:				Doctor Primario Actual:			
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>							
Apellido del Paciente:			Prime Nombre (Legal):			Inicial 2do Nombre:	
Dirección Postal:			Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social		Estado Civil:			
				No Casado	Casado	Divorciado	Viudo(a) Union Libre
Identidad de Género				Orientación Sexual			
Masculino	Feminino	Hombre Transgénero	Mujer Transgénero	Elegir No Divulgar	Heterosexual	Lesbiana/Gay	Bisexual Otro
Número de Teléfono Residencial:			Número de Teléfono Celular:			Situación Laboral	
Dirección de Correo Electrónico (Email):			Empleador:			Número de Teléfono del Trabajo	
Raza: (Circule)				Idioma Preferido:			
Blanco	Negro/Afro Americano	Hispanico	Indio Americano	Etnicidad: (Circule)	Hispano	No-Hispano	
Hawaiano Natal	Islas del Pacifico	Otro:					
Estado del Hogar: (Circule)			Hogar de Gobierno: (Circule)			Ubicación: (Circule)	
Con Hogar	Sin Hogar	No	Si	Lincoln—Bunting Bookcliff	Lincoln—North	Courtyard Otro:	
Nombre en Caso de Emergencia:			Relación con el Paciente:			Teléfono en Caso de Emergencia:	
Farmacia Preferida:							
Otras Notas:							
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES (SI CORRESPONDE)</b>							
Apellido del Paciente:			Primer Nombre:			Inicial 2do Nombre:	
Número de Teléfono del Trabajo:			Número de Teléfono Residencial:			Número de Teléfono Celular:	
Número de Seguro Social:			Fecha de Nacimiento:			Relación con el Paciente:	
Contacto de Emergencia Adicional:			Número de Teléfono:			Relación con el Paciente:	
Otras Notas:							

Continúa en la página siguiente

INFORMACIÓN DE SEGUROS			
<i>(Por favor presente su tarjeta de seguro.)</i>			
¿Persona responsable por pago?	Fecha de Nacimiento:	Dirección (si es diferente):	Número de Teléfono Residencial:
Empleador:	Nombre del supervisor:	Dirección del Empleador:	Número de Teléfono del Empleador:
Seguro Primario de Salud:	Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	
Número de Seguro Social del Suscriptor:	Número de Grupo/Identificación:	Número de Póliza:	Copago:
			\$
Relación del Paciente con el Suscriptor:			
Nombre del Seguro Secundario (si procede):	Nombre del Suscriptor:	Número de Grupo:	Número de Póliza:
Relación del Paciente con el Suscriptor:			

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SEGURO				
MEDICAID:	Identificación de Medicaid:		Identificación del Miembro:	
Proveedor de PCP/HMO:	Número de Teléfono del Proveedor:			
CHP—Nombre en la Tarjeta:	Fecha de Nacimiento del Titular de la Tarjeta:	Identificación o PIN en la Tarjeta:	Número de Grupo:	
Seguro Dental:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Titular de la Tarjeta:	Número de Grupo/Identificación:	Número de Póliza:
Compañía:				

<b>FIRMA AQUÍ</b>	
<b>Firma del Paciente o Tutor Legal:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
<b>Por favor, imprima el nombre del Paiente o Tutor Legal:</b> _____	

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su proveedor de atención médica a comprender mejor sus inquietudes y afecciones médicas. Añade las notas que creas importantes. TODAS LAS PREGUNTAS SON PRIVADAS Y ESTÁN PROTEGIDAS POR HIPAA.

<b>Fecha de Hoy:</b>		<b>Fecha de Nacimiento del Paciente:</b>	
INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
<b>Apellido del Paciente:</b>		<b>Primer Nombre (Legal):</b>	Inicial 2do Nombre:
¿En general, cómo calificaría su salud? (Por favor, marque uno):		<b>¿Motivo principal de la visita de hoy?</b>	¿Otras preocupaciones?
Excelente    Bien    Regular    Mala			
HISTORIAL MÉDICO PASADO			
HEENT	Respiratorio	Neurológicos	
<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Problemas Sinusales Crónicos <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Hearing Loss <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza/Conmoción Cerebral <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Cardiovascular	Gastrointestinal	Hematología/Cáncer	
<input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios Por favor, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca; especificar: _____ <input type="checkbox"/> Infarto; ¿cuando?: <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta/Hipertensión <input type="checkbox"/> Colesterol Alto/Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Cardiopatía valvular <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Trastorno Alimentario (Anorexia/Bulimia) <input type="checkbox"/> Gastritis (Dolor de Estómago) <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernias <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Reflujo (Indigestión Frecuente) <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon <input type="checkbox"/> Prostate Cancer <input type="checkbox"/> Otro Cáncer: _____	
		Trastornos de la piel	
		<input type="checkbox"/> Eccema <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Cáncer de piel <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Genitourinario	Endocrino	Reumatológico	
<input type="checkbox"/> BPH <input type="checkbox"/> Nefropatía <input type="checkbox"/> Cálculos Renales <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias Frecuentes <input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 1; edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo II; edad de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide Otro: _____	
Psiquiátrico	Muskuloesquelético	Enfermedades de Transmisión Sexual	
<input type="checkbox"/> Problemas con el Alcohol <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Problemas de Drogas/Adicción <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Herpes Genital <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Antecedentes Quirúrgicos Pasados			

CIRUGÍA	RAZÓN	AÑO	HOSPITAL
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____

## REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Por favor, marque todo lo que corresponda.

Alérgico/Inmunológico	Oído/Nariz/Boca/Garganta	Genitourinario	Neurológico
<input type="checkbox"/> Estornudos Frecuentes <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Nariz que Moquea <input type="checkbox"/> Presión Sinusal	<input type="checkbox"/> Encías Sangrantes <input type="checkbox"/> Dificultad para Oír <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Xerostomía <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes <input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales Frecuentes <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Respiración por la oca <input type="checkbox"/> Úlceras Bucales <input type="checkbox"/> Problemas de Nariz/Senos Paranasales	<input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Dificultad para Orinar <input type="checkbox"/> Vaciado Incompleto de la Vejiga <input type="checkbox"/> Aumento de la Frecuencia Urinaria <input type="checkbox"/> Pérdida Urinaria del Control	<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Piernas Inquietas <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Debilidad
Cardiovascular	Endocrino	Hematológico/Linfático	Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Dolor en el Brazo al Esfuerzo <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho al Hacer Esfuerzo <input type="checkbox"/> Pesadez/Presión en el Pecho Sobre el Esfuerzo <input type="checkbox"/> Latidos Cardíacos Irregulares (Palpitaciones) <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco Conocido <input type="checkbox"/> Aturdimiento al Estar de Pie <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar al Acostarse <input type="checkbox"/> Hinchazón (Edema)	<input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Aumento de la Sed/Hambre/Micción	<input type="checkbox"/> Fácil Hematomas/Sangrado <input type="checkbox"/> Glándulas Inflamadas	<input type="checkbox"/> Consumo Excesivo de Alcohol <input type="checkbox"/> Ansiedad/Estrés <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> No Se Siente Seguro en Su Relación <input type="checkbox"/> Manía <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir
Constitucional	Gastrointestinal	Musculoesquelético	Respiratorio
<input type="checkbox"/> Intolerancia a Ejercicio <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Aumento de peso ( lbs) _____ <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso ( lbs) _____	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Heces Negras o Alquitranadas <input type="checkbox"/> Sangre en las Heces <input type="checkbox"/> Cambio en el Apetito <input type="checkbox"/> Indigestión Frecuente <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Vómitos de Sangre	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda <input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones <input type="checkbox"/> Dolores Musculares <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Tos con Sangre <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Ronquido <input type="checkbox"/> Sibilancia
Ojos			
<input type="checkbox"/> Ojos Secos <input type="checkbox"/> Irritación <input type="checkbox"/> Cambio de Visión <input type="checkbox"/> Fecha del Último Examen: _____			
Solo Hombres		Solo para Mujeres	
<input type="checkbox"/> Fecha de PSA: _____ ¿Anormal? <input type="checkbox"/> Dolor o bulto(s) en los testículos <input type="checkbox"/> Picazón, ardor o secreción del pene <input type="checkbox"/> Problemas para iniciar o detener el flujo de orina <input type="checkbox"/> Despierta por la noche para ir al baño <input type="checkbox"/> Problemas o preocupaciones sexuales <input type="checkbox"/> Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sexualmente activo? Sí No La pareja sexual actual es: Hombre Mujer ¿Usas condones? Sí No ¿Interesado en hacerse una prueba de detección de ETS? Sí No <input type="checkbox"/> Vasectomía? Sí No		<input type="checkbox"/> Última fecha de la prueba de Papanicolaou : _____ ¿Anormal? <input type="checkbox"/> Última fecha de la mamografía: _____ ¿Anormal? <input type="checkbox"/> Edad del primer período menstrual: _____ <input type="checkbox"/> Fecha del último período menstrual o edad de la menopausia: _____ Número de embarazos: _____ Nacimientos: _____ Abortos espontáneos: _____ Abortos: _____ <input type="checkbox"/> Cesáreas? Sí No Si es así, entonces número: _____ <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Períodos pesados <input type="checkbox"/> Dolor menstrual extremo <input type="checkbox"/> Picazón, ardor o secreción vaginal <input type="checkbox"/> Despierta por la noche para ir al baño <input type="checkbox"/> Sofocos <input type="checkbox"/> bulto en el seno o secreción del pezón <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Sexualmente activo? Sí No La pareja sexual actual es: Hombre Mujer ¿Usas condones? Sí No ¿Interesado en hacerse una prueba de detección de ETS? Sí No	

# Cuestionario de Historial Médico

## HISTORIAL DE INMUNIZACIÓN

Vacunas y fecha más reciente

<input type="checkbox"/> Varicela	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Meningococo	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubéola)	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Gardasil/VPH	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Neumonía	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Tdap (tétanos y tos ferina)	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Tétanos	Fecha: _____
		<input type="checkbox"/> Zostavax (culebrilla)	Fecha: _____

## ALERGIAS

Haga una lista de cualquier cosa a la que sea alérgico (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y cómo le afecta cada uno:

ALERGIA	REACCIÓN
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

## MEDICAMENTOS

Por favor, haga una lista de todos los medicamentos que está tomando. Incluya medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, como vitaminas e inhaladores.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA DE MEDICAMENTOS	FRECUENCIA TOMADA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____
11. _____	_____	_____
12. _____	_____	_____

## PRUEBAS DE DETECCIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

PRUEBA	FECHA	ANORMAL
<input type="checkbox"/> TC de Detección de Calcio	_____	S / N
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	_____	S / N
<input type="checkbox"/> Densidad Ósea (Osteoporosis)	_____	S / N
<input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo de Ejercicio	_____	S / N
<input type="checkbox"/> Lípidos (Colesterol)	_____	S / N
<input type="checkbox"/> Prueba de Función Pulmonar	_____	S / N

## ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR

RELACIÓN	¿VIVO? S / N	EDAD _____	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS
Abuela (materna)	S / N		
Abuelo (materno)	S / N		
Abuela (paterna)	S / N		
Abuelo (paterno)	S / N		
Padre	S / N		
Madre	S / N		
Hermano/Hermana	S / N		
Other: _____	S / N		

## HISTORIA SOCIAL

Ocupación: \_\_\_\_\_

Educación: < Diploma de Escuela Secundaria    Diploma de Escuela Secundaria/GED    Alguna Universidad    Escuela Técnica    Grado Asociado    Título de Grado    Postgrado

Estado Civil:    No Casado    Casado    Divorciado    Viudo(a)    Derecho Consuetudinario

Nivel de ejercicio:

- Ninguno (Sin Ejercicio)
- Ejercicio Ocasional (es decir, subir escaleras, caminar 3 cuadras, golf)
- Ejercicio Moderado (es decir, trabajo o recreación, menos de 4 veces por semana durante 30 minutos)
- Ejercicio de alto nivel (es decir, trabajo o recreación 4 veces por semana durante 30 minutos)

Dieta:    ¿Estás a dieta?    Si    No  
 Por supuesto, ¿estás en una dieta prescrita por un médico?    Si    No  
 # de comidas que comes en un día promedio? \_\_\_\_\_

Cafeína    ¿Número de tazas/latas por día? \_\_\_\_\_

Alcohol    ¿Bebes alcohol?    Si    No

¿Cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez bebiste en exceso?    Si    No  
 ¿Conduces después de beber?    Si    No

Tabaco    ¿Consumes tabaco?    Si    No    Cigarrillos: \_\_\_\_\_ packs/día    Masticar: \_\_\_\_\_/día  
 Si no lo usa actualmente, ¿alguna vez usó tabaco?    Si    No    Pipa: \_\_\_\_\_/día    Cigarros: \_\_\_\_\_/día    E-Cig/Vapeo: \_\_\_\_\_  
 Número de años: \_\_\_\_\_  
 Dejar de fumar un año: \_\_\_\_\_

Drogas    ¿Actualmente usas drogas recreativas o callejeras?  
 En caso afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_

Seguridad Personal:    ¿Vivir solo o con otros?    Solo    Otros: \_\_\_\_\_

¿Armas en casa?    Si    No  
 ¿Alguien fuma en su casa?    Si    No  
 ¿Alarma de humo en casa?    Si    No  
 ¿Alarma de monóxido de carbono en el hogar?    Si    No  
 ¿Cinturones de seguridad usados rutinariamente?    Si    No  
 ¿Protector solar usado rutinariamente?    Si    No  
 ¿Directiva anticipada o testamento vital?    Si    No  
 ¿Directiva de RCP de Colorado?    Si    No  
 ¿Poder notarial médico duradero?    Yes    No

Agregue cualquier otra información sobre su salud que le gustaría que su proveedor supiera aquí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

_____ <b>Firma del paciente</b> (Si es mayor de 18 años o busca Servicios de Consentimiento de Menores) _____	_____ <b>Fecha de Hoy</b> _____
_____ <b>Si es menor de edad, nombre del paciente y fecha de nacimiento</b> _____	_____ <b>Fecha de Hoy</b> _____
_____ <b>Firma del Paciente o Tutor Legal</b> _____	_____ <b>Fecha de Hoy</b> _____
_____ <b>NOMBRE IMPRESO del paciente o tutor legal</b>	_____ <b>Relación con el Paciente</b>

Como paciente de MarillacHealth, es posible que se le ofrezcan servicios de salud conductual y nos gustaría que se le informara sobre nuestros proveedores y sus credenciales. Cada uno de los siguientes proveedores puede ser contactado en la siguiente dirección de negocio y número de teléfono: 2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501, (970) 200-1600.

CREDENCIALES
Ned Becker es un consejero profesional con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Consejería en 1994.
Brandi Byers es una trabajadora social con licencia. Recibió su Maestría en Trabajo Social en 2019 de la Universidad de Denver.
Steven Martínez es consejero de adicciones con licencia y trabajador social clínico con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Trabajo Social de la Universidad de Denver en 2019.
Connie Mercer-Cogburn es consejera profesional con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Salud Mental Clínica de la Universidad Estatal de Adams en mayo de 2017.
S. Rod Pyland es un trabajador social clínico con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Trabajo Social de la Universidad de Denver en 1978. Especialista en Desintoxicación de Acupuntura (Entrenador Registrado) 2014.
Andrew Rossway es un consejero profesional con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Consejería Clínica de Salud Mental de la Universidad del Norte de Arizona.
CREDENCIALIZACIÓN
La práctica de las personas con licencia o registradas en el campo de la psicoterapia está regulada por la Sección de Licencias de Salud Mental de la División de Registros. Puede comunicarse con la Junta de Examinadores Psicoterapeutas Registrados en 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, CO. 80202, (303) 894-7800. En cuanto a los requisitos reglamentarios aplicables a los profesionales de la salud mental:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un trabajador social clínico con licencia, un terapeuta matrimonial y familiar con licencia y un consejero profesional con licencia deben tener una maestría en su profesión y tener dos años de supervisión posterior a la maestría. Un psicólogo con licencia debe tener un doctorado en psicología y tener un año de supervisión postdoctoral. Un trabajador social con licencia debe tener una maestría en trabajo social. Un candidato a psicólogo, un candidato a terapeuta matrimonial y familiar y un candidato a consejero profesional con licencia deben tener el título de licencia necesario y estar en el proceso de completar la supervisión requerida para obtener la licencia.</li> <li>2. Un Consejero Certificado en Adicciones I (CAC I) debe ser un graduado de la escuela preparatoria, completar las horas de capacitación requeridas y 1,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero Certificado en Adicciones II (CAC II) debe completar las horas de capacitación adicionales requeridas y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un consejero de adicciones con licencia debe tener una maestría clínica y cumplir con los requisitos de CAC III.</li> <li>3. Un psicoterapeuta registrado es un psicoterapeuta que figura en la base de datos del estado y está autorizado por ley para practicar psicoterapia en Colorado, pero no tiene licencia del estado y no está obligado a satisfacer ningún requisito educativo o de prueba estandarizado para obtener un registro del estado.</li> </ol>
DERECHOS DEL CLIENTE. Usted tiene derecho a recibir información de su terapeuta sobre los métodos de terapia, las técnicas utilizadas, la duración de su terapia (si se conoce) y la estructura de tarifas. Puede buscar una segunda opinión de otro terapeuta o terminar la terapia en cualquier momento. En una relación profesional, la intimidad sexual nunca es apropiada y debe ser reportada al Departamento de Agencias Reguladoras, División de Registros, Sección de Salud Mental. Su terapeuta atenderá cualquier inquietud o queja que pueda tener sobre la psicoterapia. Otra opción es comunicarse con la Junta de Quejas de Salud Mental en la información de contacto mencionada anteriormente.

CREDECIALIZACIÓN

CONFIDENCIALIDAD. La información proporcionada por usted durante las sesiones de terapia es legalmente confidencial. Hay excepciones a esta confidencialidad, algunas de las cuales se enumeran en la sección 12-43-218 de los Estatutos Revisados de Colorado, y el Aviso de Derechos de Privacidad de HIPAA que se le proporcionaron, así como otras excepciones en Colorado y la ley federal. Por ejemplo, los profesionales de la salud mental están obligados a denunciar la sospecha de abuso infantil a las autoridades. Si surge una excepción legal durante la terapia, si es posible, se le informará en consecuencia. La Ley de Práctica de Salud Mental (CRS 12-43-101, et seq.) está disponible en: <http://www.dora.state.co.us/mental-health/Statute.pdf>.

1. El consejero tiene la obligación de reportar "de buena fe" cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil al departamento de servicios humanos apropiado y / o a la agencia de aplicación de la ley.
2. El consejero tiene el deber de notificar a las autoridades correspondientes cuando un cliente / paciente comunica una amenaza grave e inminente de dañarse a sí mismo o a otra persona y también se niega a buscar tratamiento de forma voluntaria.
3. El consejero puede divulgar información del cliente si el cliente hace o crea una amenaza articulable y significativa contra una escuela u ocupantes de una escuela.
4. El consejero puede divulgar información del cliente en respuesta a una consulta de la Junta de Quejas.
5. El consejero puede divulgar información del cliente para responder a una demanda o queja hecha contra el consejero con respecto a la atención o el tratamiento del cliente.
6. Un tribunal en el estado de Colorado con jurisdicción competente puede ordenar la divulgación de información confidencial del cliente / paciente.
7. Como usted está participando en servicios de consejería en un entorno médico, reclamamos el derecho del consejero a discutir su caso con otro personal de la clínica según sea necesario para la continuidad de la atención. Al firmar este formulario, usted acepta que sus registros de terapia se mantengan en el registro médico ambulatorio de la agencia. Los registros de los clientes no se pueden mantener después de siete años de conformidad con la sección 12-245-226 (1) (a) (II) (A) de los Estatutos Revisados de Colorado.

He leído la información anterior, también se ha proporcionado verbalmente y entiendo mis derechos como cliente o como parte responsable del cliente.

Firma del Cliente o Parte Responsable: \_\_\_\_\_

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

Por favor, imprima el nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Si está firmado por la parte responsable, indique la relación con el cliente y la autoridad para dar su consentimiento:



## ¿Por qué está recibiendo esta estimación de buena fe?

Esta **Estimación de Buena Fe** cumple con la **Ley de No Sorpresas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)**.

**Esto no es un contrato. No le obliga a aceptar los servicios enumerados.** El propósito de la Estimación de Buena Fe que está recibiendo es proporcionarle un costo aproximado de los servicios que recibirá de nuestra práctica que no serán pagados por el seguro de salud. Los costos razonablemente esperados se han incluido en su estimación y se basan en información conocida por nuestra práctica cuando se preparó.

Cualquier costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento debido a complicaciones o circunstancias inusuales **NO** se ha incluido en esta estimación. Si ocurren, y se le factura al menos \$400 por encima del monto indicado en esta Estimación de Buena Fe (por proveedor), la ley federal le permite disputar (apelar) su factura por servicios de las siguientes dos maneras:

**1. Contáctenos:** Puede dirigir cualquier pregunta o inquietud que tenga con respecto a esta estimación o cualquier factura a nuestra práctica. Por favor, encuentre nuestra información de contacto a continuación. La ley federal le permite solicitar que actualicemos su factura para que coincida con la estimación de buena fe que recibió. También puede solicitar negociar el monto de la factura o preguntar sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

**2. Presente una resolución formal de disputas:** También puede presentar una disputa formal en línea ante los **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)** ([www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises)) o llamando al 1-800-985-3059.

Si elige presentar una resolución formal de disputas, debe **comenzar el proceso dentro de los 120 días calendario posteriores** a la fecha en la factura original que reciba. Hay una **tarifa de \$25** para usar el proceso de disputa. Si se **aprueba** su disputa, puede ser elegible para pagar el monto más bajo en la Estimación de Buena Fe que recibió. Si **no se aprueba**, estará obligado a pagar el monto facturado más alto.

**IMPORTANTE:** Se recomienda que guarde una versión impresa o electrónica de esta Estimación de Buena Fe en un lugar seguro. Es posible que lo necesite si decide presentar una disputa formal.

Gracias por confiar en nosotros con su atención médica. Por favor, encuentre su estimación de buena fe en la parte posterior de esta página. Si tiene alguna pregunta sobre este presupuesto de buena fe o futuras facturas, **no dude en ponerse en contacto con nuestro Departamento de Facturación: 970-200-1600 (Opciones de menú 1, luego 3).**

# Consentimiento de Comunicación Verbal

Fecha de Hoy:		Proveedor de Atención Primaria:		
<b>SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE</b>				
Apellido del paciente:		Nombre:		Inicial 2do Nombre:
Dirección:	City:		Fecha de Nacimiento:	Edad:
Estado:	Código postal:			
Número de Seguro Social:		Número de Teléfono Residencial:		Número de Teléfono Celular:
<b>SECCIÓN 2: DIVULGACIÓN VERBAL</b>				
Autorizo a MarillacHealth a hablar con la(s) siguiente(s) persona(s) con respecto a mi atención y tratamiento actuales:				
Nombre de la Organización:		Nombre de la Organización:		Nombre de la Organización:
Número de Teléfono:		Número de Teléfono:		Número de Teléfono:
Relación con el Paciente:		Relación con el Paciente:		Relación con el Paciente:
<b>SECCIÓN 3: INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER</b>				
<i>La siguiente información PUEDE ser comunicada verbalmente a las personas nombradas en la Sección 2</i>				
Notas de progreso	Dental	Laboratorios	Facturación	Gestión de casos
Medicamentos	Imagenológico	Otro	Otro	Otro
<b>SECCIÓN 4: INFORMACIÓN QUE DEBE RESTRINGIRSE</b>				
<i>La siguiente información NO PUEDE ser comunicada verbalmente a las personas nombradas en la Sección 2</i>				
Resultados del VIH	Notas sobre alcohol/Drogas	Notas de psiquiatría	Salud Mental	
Enfermedades de transmisión sexual	Pruebas Genéticas	Otro:	Otro:	
<b>SECCIÓN 5: MENSAJES DE VOZ</b>				
Autorizo a MarillacHealth a dejar mensajes con respecto a la información médica relacionada con mi atención por los siguientes métodos y asumiré la responsabilidad de notificar a MarillacHealth cuando la información cambie.				
Teléfono Residencial::		Teléfono del Trabajo::		Teléfono Celular:
				Buzón de Voz/Contestador Automático:
<b>SECCIÓN 6: ENTIENDO QUE...</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>La información que se divulgará verbalmente no puede incluir un diagnóstico o referencia a las siguientes condiciones: servicios de salud conductual / atención psiquiátrica; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o abuso de drogas y/o alcohol.</li> <li>Sin mi revocación expresa, esta autorización expirará automáticamente 1 año a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que solicite una fecha de vencimiento inferior a 1 año.</li> <li>Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla.</li> <li>La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la Regla de privacidad de HIPAA.</li> </ol> <p>Se requiere mi firma para validar esta autorización. Si no firmo esta autorización, MarillacHealth seguirá proporcionando tratamiento y buscará el pago por los servicios prestados. De acuerdo con los Estatutos Estatales, este sitio de atención puede cobrar por copias de registros médicos.</p>				
Firma del Paciente o Tutor Legal: _____				Fecha:
Por favor, imprima el nombre del paciente o tutor legal: _____				

## PERMISO PARA EL TRATAMIENTO

Entiendo que todos los pacientes de MarillacHealth pueden ser vistos por el personal o médicos voluntarios, asistentes médicos o enfermeras practicantes que tienen licencia en el Estado de Colorado y son supervisados por el Director Médico y / o Director Dental de la Clínica. Por la presente doy permiso para la evaluación y el tratamiento, para mí o para el niño menor nombrado, por parte de estos proveedores. Entiendo que la Clínica funciona como un centro de enseñanza para estudiantes de medicina / odontología de todas las disciplinas, y esos pacientes pueden ser vistos por estos estudiantes. Entiendo que todos los estudiantes están bajo la supervisión directa del personal médico/dental de la Clínica. Entiendo que tengo el derecho de solicitar que no sea tratado por un estudiante. Entiendo que esta atención puede incluir procedimientos clínicos de rutina, pruebas de diagnóstico, terapia intravenosa, inyecciones, cirugía menor, y no se me han hecho garantías sobre los servicios, el tratamiento o el resultado de esta atención. Entiendo que mi historial de recetas se puede obtener en cualquier farmacia que haya usado.

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

Entiendo que las regulaciones federales permiten a la Clínica obtener, usar y divulgar mi información médica protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y según lo permita la ley, como se explica en el Aviso de prácticas de privacidad de la Clínica. También entiendo que algunos o todos mis registros médicos (o copias de mis registros médicos) pueden divulgarse o proporcionarse a otros proveedores de atención médica (como médicos, enfermeras, psicólogos o su personal) involucrados en mi tratamiento actual o futuro. Este tipo de divulgación puede ser por correspondencia escrita, en persona, por fax, por teléfono u otros medios. Entiendo que mi permiso no es necesario para esos usos o divulgaciones. La Clínica también puede divulgar mi información para procesar reclamos de pago. Si bien esta oficina hará esfuerzos razonables, entiendo que la confidencialidad de mis registros médicos no se puede asegurar una vez que salgan de esta oficina. Entiendo que mi foto puede ser tomada y/o mi identificación con foto puede ser escaneada y utilizada para la verificación de identidad. Entiendo que mis registros pueden contener información de identificación que incluye fotografías, exámenes, tratamiento, diagnóstico y pronóstico y cantidades cobradas y pagadas, así como información confidencial sobre abuso de sustancias, antecedentes y tratamiento psiquiátricos, estado de VIH, cualquier diagnóstico / tratamiento para SIDA o enfermedad relacionada con el SIDA, orientación sexual y / o actividades o enfermedades sexuales. Entiendo que esta información puede ser divulgada o divulgada según sea necesario de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica, a menos que esté protegida o prevista por la ley estatal o federal. Entiendo que puedo solicitar restricciones sobre cómo se debe usar, divulgar o compartir cualquiera de mi información de salud y / o mis registros médicos. (Entiendo que la Clínica y el Hospital St. Mary's participan en un Acuerdo de Continuidad de Atención por el cual la información de facturación y clínica se comparte sin mi consentimiento específico). Entiendo que la Clínica utiliza un modelo de atención colaborativa para el tratamiento y que los registros de salud mental son parte del registro médico.

----- Continúa en la página siguiente -----

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE:

Acepto proporcionar toda la información financiera solicitada por la Clínica para calificar para los servicios. Doy fe de que toda esta información es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información financiera falsa o no actualizo los cambios en los ingresos o Seguro médico, es posible que ya no sea elegible para los servicios de la Clínica. Entiendo que la Clínica espera el pago de los gastos incurridos en el momento de la visita. Si no puedo pagar la tarifa reducida en este momento, me reuniré con el personal apropiado de la Clínica para hacer los arreglos de pago. Entiendo que puede haber tarifas adicionales por inmunizaciones, análisis de laboratorio, procedimientos, medicamentos u otros artículos. Entiendo que puedo ser referido a un médico especialista para consulta o tratamiento. Entiendo que yo, como paciente, soy financieramente responsable del pago de todos los cargos por los servicios prestados por estos especialistas. Entiendo que la Clínica no es financieramente responsable y no pagará por ningún servicio fuera de la Clínica. Entiendo que la Clínica solo brinda atención ambulatoria de rutina durante las horas regulares de oficina publicadas, y que si ocurren eventos de emergencia o potencialmente mortales, accederé a la atención en un centro de emergencia a mi propio costo. Entiendo que si estoy en una condición potencialmente mortal mientras estoy en la Clínica, se llamará al transporte de emergencia para transportarme a una sala de emergencias. Entiendo que soy financieramente responsable del costo de dicha atención de emergencia y transporte. Me doy cuenta de que no cumplir con mis citas, cancelar mis citas o llegar tarde a una cita puede poner en peligro mi elegibilidad para la atención continua en la Clínica.

Iniciales: \_\_\_\_\_

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / MEDICARE Y MEDICAID:

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el Título XVIII de la Ley de seguridad social es correcta.

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

Entiendo que todo este consentimiento, responsabilidad financiera y formulario de asignación de beneficios será válido ahora y en el futuro hasta que sea revocado por escrito por mí y la revocación dada a la clínica.

\_\_\_\_\_  
Si es menor de edad, nombre del paciente y fecha de nacimiento

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

## Política de Tolerancia Cero

MarillacHealth tiene una política de tolerancia cero. En última instancia, los pacientes pueden ser despedidos de la práctica y retirados del panel de un proveedor por no cumplir con esta política. Si son despedidos, los pacientes serán informados por escrito y no se les permitirá regresar a ninguna de las instalaciones o departamentos de Marillac. A continuación se presentan algunos ejemplos de comportamiento que no serán tolerados:

- Uso de la fuerza o intento de agredir a pacientes, visitantes o personal del centro de salud
- Uso de la fuerza o destrucción de bienes físicos en las instalaciones del centro de salud, incluyendo estacionamiento y áreas comunes
- Uso de contacto inapropiado, escupir, levantar puños o pies o lenguaje verbalmente amenazante
- Gestos o lenguaje sexualmente inapropiados contra pacientes, visitantes o personal
- Comentarios raciales o gritos a cualquier persona
- Comportamiento intimidante como golpear mostradores, puertas, etc.
- Incumplimiento persistente de la atención (administración de medicamentos) o planificación de cuidados
- Abuso persistente o sobreutilización de los servicios
- No presentaciones persistentes
- Ruptura severa en la relación proveedor-paciente
- Fumar en los baños/instalaciones/locales
- Comportamiento agresivo / abusivo no se tolera, y cada evento se discute y se registra.
- Los pacientes agresivos / abusivos pueden ser escoltados o retirados de la instalación por la seguridad o la policía. Si la policía los retira, los pacientes pueden ser acusados de allanamiento de morada o acusados de cargos criminales.

\_\_\_\_\_  
Si es menor de edad, nombre del paciente y fecha de nacimiento

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

# Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Fecha de entrada en vigor: 3 de marzo de 2022

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Brindamos atención médica a nuestros pacientes y residentes junto con médicos y otros profesionales de la salud. Este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") describe cómo usaremos y divulgaremos la información médica protegida.

### **I. Nuestro compromiso de salvaguardar su información de salud protegida.**

Cada vez que visita nuestras instalaciones, se realiza un registro de su visita. La información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados se denomina información de salud protegida ("PHI"). Su registro médico es un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que lo cuidan. La PHI puede incluir documentación de sus síntomas, examen, resultados de pruebas, diagnósticos y tratamiento. También incluye documentos relacionados con la facturación y el pago de la atención prestada.

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información de salud protegida. Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de su información de salud protegida;
- Proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad que explica cómo, cuándo y por qué usamos y divulgamos su información médica protegida;
- Cumplir con los términos del presente Aviso;
- Haga un esfuerzo de buena fe para obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido este Aviso; y
- Notificarle después de una violación de su información de salud protegida no segura.

### **II. Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida**

Este Aviso le informa sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos y divulgamos información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicamos lo que queremos decir y damos algunos ejemplos para ayudarlo a comprender mejor el significado. Si un uso o divulgación no está incluido en una de estas categorías, primero solicitaremos su permiso.

#### **Usos y divulgaciones sin su permiso**

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que se nos permite usar y divulgar su información médica protegida sin su permiso (lo que se denomina "autorización" según HIPAA).

## Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

### ***Para el Tratamiento***

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para brindarle tratamiento y servicios médicos. Podemos divulgar información médica protegida sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de atención médica que le brinde servicios de atención médica o que participe en su cuidado. Esto puede incluir profesionales de la salud en otras instalaciones, como el consultorio de su médico, otros hospitales, hogares de ancianos o agencias de salud en el hogar. Por ejemplo, un médico que lo trata por una pierna rota puede necesitar saber si tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación.

### ***Para el Pago***

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para obtener el pago de sus servicios de atención médica proporcionados por nosotros. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, como determinar la elegibilidad o la cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le brindan por necesidad médica y realizar actividades de revisión de utilización.

### ***Para operaciones de atención médica.***

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para las operaciones necesarias para que nuestra instalación funcione y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica protegida para evaluar la calidad de los servicios de atención médica que recibió o para evaluar el desempeño de los profesionales de la salud que le brindaron servicios de atención médica. Esta información también se puede utilizar en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica y los servicios que brindamos. Podemos divulgar su información médica protegida a otro proveedor de atención médica o a un plan de salud con el que tenga una relación, para las actividades de sus operaciones.

### ***Socios Comerciales.***

Podemos divulgar su información médica protegida a otras compañías que nos ayuden. Estos socios comerciales pueden incluir compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamos, agencias de cobro, contadores, abogados, consultores y otros que nos ayudan con actividades de pago u operaciones de atención médica. Exigimos contractualmente a nuestros socios comerciales que salvaguarden la privacidad y seguridad de su PHI.

### ***Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.***

Podemos divulgar información médica protegida sobre usted a un miembro de su familia, representante personal u otra persona involucrada en su atención o responsable del pago de sus servicios de atención médica. También podemos discutir su condición con su familia o amigos y decirles que usted está en el hospital. Si no desea que compartamos información con su familia u otras personas involucradas en su atención, comuníquese con la persona que figura en la Sección V de este Aviso.

Continúa en la página siguiente

## Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

### ***Autoridades de Salud Pública***

Podemos divulgar su información de salud para actividades y fines de salud pública a una autoridad de salud pública que esté permitida por la ley para recopilar o recibir la información. Por ejemplo, se puede hacer una divulgación a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar la enfermedad. También podemos divulgar su información médica protegida a una persona o compañía sujeta a la jurisdicción de la FDA para informar eventos adversos, defectos o problemas del producto o desviaciones biológicas del producto; para rastrear productos regulados por la FDA; para permitir la retirada de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; o para otros fines relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulada por la FDA.

Seguridad pública.

Podemos divulgar información de salud protegida con fines de seguridad pública en circunstancias limitadas. Podemos divulgar información médica protegida a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en respuesta a una orden de registro o una citación del gran jurado. También podemos divulgar información médica protegida para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o localizar a una persona, para procesar un delito de violencia, para informar muertes que pueden haber resultado de una conducta criminal y para informar sobre la conducta criminal en las instalaciones. También podemos divulgar su información médica protegida a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y a otros para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

### ***Procedimientos Judiciales y Administrativos.***

Podemos divulgar información médica protegida si un tribunal nos lo ordena, para una audiencia administrativa o si recibimos una citación o una orden de registro. Recibirá un aviso previo sobre esta divulgación en la mayoría de las situaciones para que tenga la oportunidad de oponerse a compartir su información médica protegida.

### ***Actividades de recaudación de fondos.***

Podemos usar su información médica protegida en un esfuerzo por recaudar fondos para nuestra instalación con su consentimiento. El dinero recaudado a través de estas actividades se utiliza para expandir y apoyar los servicios de atención médica y los programas educativos que brindamos a la comunidad. Si no desea recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos, puede notificar a nuestro Departamento de Relaciones con los Donantes y honraremos su deseo. El tratamiento o pago futuro no será una condición a su decisión con respecto a la recepción de comunicaciones de recaudación de fondos.

### ***Esfuerzos de socorro en casos de desastre.***

Como parte de un esfuerzo de ayuda en caso de desastre, podemos divulgar su información médica protegida a una agencia que ayude en el esfuerzo de socorro para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación. Es posible que tenga la oportunidad de objetar, a menos que impida nuestra capacidad de responder a circunstancias de emergencia.

Continúa en la página siguiente



## ***Forenses, médicos forenses y directores de funerarias.***

Podemos divulgar información de salud consistente con la ley aplicable a los forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para ayudarlos a llevar a cabo sus deberes.

## ***Investigación.***

Bajo ciertas circunstancias limitadas, podemos usar y divulgar su información médica protegida con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que reciben un medicamento con aquellos que reciben otro para la misma afección. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Antes de usar o divulgar información de salud protegida para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación.

## ***Informes requeridos por la ley.***

Divulgaremos su información médica protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, hacemos divulgaciones cuando una ley requiere que reportemos información a agencias gubernamentales y / o personal de aplicación de la ley sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; cuando se trata de disparos y otras heridas; para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; o para notificar a las personas sobre retiros de productos.

## ***Actividades de Salud Pública.***

Podemos divulgar su información de salud protegida para actividades de salud pública. Por ejemplo, reportamos información sobre nacimientos, muertes y diversas enfermedades a los funcionarios del gobierno a cargo de recopilar esa información.

## ***Actividades de supervisión de la salud.***

Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

## ***Donación de órganos y tejidos.***

Si usted es un donante de órganos, podemos notificar a las organizaciones de obtención de órganos para que los ayuden en la donación y trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

## ***Compensación de Trabajadores.***

Podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Continúa en la página siguiente

## ***Militares, veteranos, seguridad nacional y otros fines gubernamentales.***

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud a las autoridades de comando militar o al Departamento de Asuntos de Veteranos si nos lo requieren. También podemos divulgar información médica protegida para ciertos fines de seguridad nacional y al Servicio Secreto para proteger al presidente.

## ***Instituciones Correccionales.***

Si usted es o se convierte en un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta divulgación puede ser necesaria para que la institución (i) le brinde atención médica; (ii) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (iii) para la seguridad de la institución correccional.

## ***Participación en Redes de Información en Salud.***

Participamos en la Organización Regional de Información de Salud de Colorado (CORHIO) y / o Quality Health Network (QHN); ambas son redes informáticas seguras que proporcionan formas seguras y eficientes de compartir información de salud protegida con otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, si necesita atención médica de emergencia mientras viaja, los proveedores de otros centros de atención médica en Colorado podrían tener acceso a su información médica protegida para ayudarlos a cuidarlo. Al participar en esta red y otros intercambios electrónicos de información, tenemos la intención de proporcionar información oportuna a los proveedores de atención médica involucrados en su atención. Si no desea que su información se comparta a través de CORHIO y / o QHN, puede "optar por no participar" poniéndose en contacto con la persona que figura en la Sección V a continuación. Esta es una opción de "todo o nada", porque CORHIO y QHN no pueden bloquear el acceso a algunos tipos de información de salud protegida y, al mismo tiempo, permitir el acceso a otra información de salud protegida. La exclusión voluntaria de CORHIO y / o QHN puede limitar la capacidad de sus proveedores de atención médica para brindarle la atención más efectiva.

## ***Usos y divulgaciones que requieren su permiso***

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida no cubierta por este Aviso se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica protegida sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica protegida sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito, pero no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho en función del permiso que nos dio antes. Si desea revocar su permiso, comuníquese con la persona que figura en la Sección V de este Aviso.

## ***Actividades de marketing.***

No usaremos ni divulgaremos su PHI para venderle productos o servicios de un tercero a menos que usted proporcione permiso. Podemos sugerirle productos o servicios durante nuestras comunicaciones cara a cara.

## ***Venta de PHI.***

No venderemos su PHI (Información Personal de Salud) a terceros sin su permiso.

Continúa en la página siguiente

## Información de Salud Protegida que Tiene Protección Especial

### ***Notas de psicoterapia.***

Las notas de psicoterapia son las notas personales de los psicoterapeutas. Debemos obtener su permiso para usar o divulgar notas de psicoterapia, excepto en circunstancias limitadas.

### ***Registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas.***

El uso y la divulgación de cualquier información médica protegida sobre usted en relación con los programas de tratamiento de abuso de alcohol o drogas está protegido por la ley federal. En general, no divulgaremos ninguna información que lo identifique como destinatario de un tratamiento de abuso de alcohol o drogas a menos que: (i) haya dado su consentimiento por escrito; (ii) recibimos una orden judicial que requiere la divulgación; (iii) la divulgación se realiza al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa; o (iv) se requiere divulgación para reportar abuso o negligencia infantil.

### ***Información sobre el VIH/SIDA.***

El uso y la divulgación de cualquier información médica protegida sobre usted en relación con las pruebas de VIH, el estado de VIH o el SIDA, está protegido por las leyes federales y estatales. En general, necesitaremos su permiso para divulgar esta información; sin embargo, la ley estatal puede permitir la divulgación de información con fines de salud pública.

### ***Menores.***

Como regla general, divulgamos la PHI sobre menores a sus padres o tutores legales. Sin embargo, en los casos en que la ley estatal permita que los menores den su consentimiento para su propio tratamiento sin el consentimiento de los padres (como la prueba del VIH), no divulgaremos esa información a los padres de un menor sin el permiso del menor a menos que la ley estatal permita específicamente lo contrario.

## **III. Sus derechos con respecto a su información de salud protegida**

La siguiente sección describe sus derechos con respecto a su información de salud protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

### ***El derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida.***

Usted tiene derecho a ver y recibir una copia en papel o electrónica de la información de salud protegida que mantenemos y que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención. (La ley requiere que mantengamos el registro original). Por lo general, esto incluye sus registros médicos y de facturación. Para inspeccionar y/o recibir una copia de su información médica protegida, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Departamento de Administración de Información de Salud/Registros Médicos, 2333 North 6th Street, Grand Junction, CO 81501. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en nuestros costos.

Continúa en la página siguiente

## ***El derecho a enmendar.***

Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, tiene derecho a solicitar que corriamos la información existente o agreguemos información faltante. Para solicitar una enmienda, debe hacer la solicitud por escrito junto con su motivo de la solicitud a la persona que figura en la Sección V a continuación.

## ***El derecho a una lista de divulgaciones.***

Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. Para solicitar esta lista o contabilidad de divulgaciones, debe presentar una solicitud por escrito indicando un período de tiempo, que no puede ser superior a seis años, a la persona que figura en la Sección V a continuación. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales durante el mismo año, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo.

## ***El derecho a solicitar restricciones sobre cómo usamos y divulgamos su información médica protegida.***

Puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos su información médica protegida por una razón particular relacionada con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aceptar una restricción solicitada, excepto en la siguiente situación: si ha pagado los servicios de su bolsillo en su totalidad, puede solicitar que no divulguemos información relacionada únicamente con esos servicios a su plan de salud. Estamos obligados a cumplir con dicha solicitud, excepto cuando la ley nos exija hacer la divulgación. Para solicitar restricciones en el uso o divulgación de su PHI, puede hacerlo en el momento en que se registre para los servicios o poniéndose en contacto con la persona que figura en la Sección V a continuación.

## ***El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.***

Tiene derecho a solicitar que se le comunique información médica protegida sobre usted de una manera confidencial alternativa, como pedir que los recordatorios de citas no se dejen en un contestador automático, que el correo se envíe a una dirección alternativa o que los avisos o recordatorios se envíen por correo electrónico en lugar de correo ordinario. Aceptaremos todas las solicitudes razonables siempre que podamos proporcionarlas fácilmente en el formato que solicite. Para solicitar que la información de salud protegida se envíe a una dirección alternativa o por otros medios, comuníquese con la persona que figura en la Sección V a continuación por escrito, o en un entorno clínico, comuníquese con el gerente de la práctica.

## ***El derecho a una copia impresa de este aviso.***

Usted tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este Aviso en cualquier momento. Las copias impresas están disponibles en nuestros lugares de registro y en nuestro Departamento de HIM. También puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web en [marillachealth.org](http://marillachealth.org).

## **IV. Reclamaciones**

Si cree que podemos haber violado sus derechos con respecto a su información médica protegida, puede presentar una queja por escrito con la persona que figura en la Sección V a continuación. También puede iniciar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Más información sobre este proceso de queja está disponible en <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>. No se le penalizará por presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad. No se le pedirá que renuncie a este derecho como condición de tratamiento.

Continúa en la página siguiente

## **V. Persona de contacto para obtener información sobre este aviso o para quejarse sobre nuestras prácticas de privacidad**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al 970-200-1600. Las quejas formales deben ser por escrito. Los formularios de quejas están disponibles en todas las áreas de registro o en el Departamento de HIM. Las quejas deben enviarse al Oficial de Privacidad en 2333 North 6th Street, Grand Junction, CO 81501 o por fax al 970-200-1611.

## **VI. Cambios**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado sea efectivo para la información de salud protegida que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Antes de realizar un cambio importante en nuestras políticas, cambiaremos de inmediato este Aviso y publicaremos un nuevo Aviso en nuestras áreas de registro. El Aviso contendrá la fecha de entrada en vigor. También puede solicitar una copia de este Aviso a la persona de contacto que figura en la Sección V anterior en cualquier momento o puede ver una copia actual del Aviso en nuestro sitio web en [www.marillachealth.org](http://www.marillachealth.org).

## **VII. OCHIN Colaborativo**

MarillacHealth es parte de un acuerdo organizado de atención médica que incluye Participantes en OCHIN. Una lista actual de participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org) como asociado de MarillacHealth, OCHIN suministra tecnología de información y servicios relacionados a MarillacHealth y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en evaluaciones de calidad y actividades de mejora a nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer la mejor práctica y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registro de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las referencias internas y externas de los pacientes. MarillacHealth puede compartir su información personal de salud con otros participantes de OCHIN o un sistema de intercambio de información de salud sólo cuando sea necesario para el tratamiento o la atención médica para fines de atención médica organizada. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar la beneficios que recibe.

La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura; así como se describe en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, será de conformidad con las Reglas de privacidad o cualquier otra ley aplicable en su forma enmendada de vez en cuando. Usted tiene el derecho de cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, la información puede haber sido ya proporcionada de acuerdo a su consentimiento. Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que usted la revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

## **VII. Reconocimiento**

Se le pedirá que firme un acuse de recibo de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Estamos obligados por ley a hacer un esfuerzo de buena fe para proporcionarle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y obtener un reconocimiento de usted de que lo recibió. Su atención y tratamiento en nuestras instalaciones no depende de la firma del reconocimiento.

## Aviso de Prácticas de Privacidad

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

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

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

La información médica sobre usted y su salud es privada. Nos esforzamos por proteger sus registros de salud cuando lo atienden en las clínicas. Usaremos sus registros para cuidarlo, facturar por atención y cumplir con la ley.

Este Aviso de privacidad se aplica a todos los sitios de servicios de la clínica MarillacHealth. Este Aviso le informa sobre las formas en que MarillacHealth puede usar o dar información de sus registros de salud privados. También explica sus derechos y responsabilidades.

*Nota: La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 requiere que todos los médicos y centros de atención médica proporcionen a los pacientes un aviso que describa cómo se puede usar y divulgar la información médica de un individuo, y cómo un paciente puede obtener acceso a su información personal de salud.*

#### Quién sigue los términos de este aviso:

- Cualquier proveedor de atención médica que lo trate en cualquiera de nuestras ubicaciones
- Todos los empleados, voluntarios y personal del hospital y las clínicas
- Estudiantes de salud en programas de capacitación
- Cualquier socio comercial que realice un trabajo para nosotros que requiera que vean su información médica para hacer su trabajo

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

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

Tenga en cuenta que hay una copia adjunta de HIPAA a este formulario de consentimiento, para el paciente o padre / tutor de un menor que recibe servicios de asesoramiento médico o de salud mental en MarillacHealth. Debe firmar a continuación, indicando que ha recibido una copia de nuestras políticas de HIPAA, antes de que el paciente reciba los servicios.

Certifico que se proporcionó una copia de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 con el formulario de consentimiento de MarillacHealth, al paciente o al padre/ tutor \_\_\_\_\_ on (Fecha) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Si es menor de edad, nombre del paciente y fecha de nacimiento

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente