

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

**Información del Pacient**

Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Inicial Media \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fec. Nac. \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Texto? Yes No

**Estado Civil** (Encierre con un círculo) Desconocido Casado Soltero/a Divorciado  
Separado Viudo Pareja

**Contacto de Emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor** (Si Corresponde)

Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Inicial Media \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Sexo Legal** (Encierre con un círculo) Feminina Masculino

**Orientación Sexual** (Encierre con un círculo) Heterosexual Lesbiana/Gay/Homosexual Bisexual  
Algo Más No Sé Elegir No Divulgar

**Identidad de Género** (Encierre con un círculo) Masculino Feminina Hombre Transgénero  
Mujer Transgénero Género No Conforme Otro Elegir No Divulgar

**Pronombres** (Encierre con un círculo) él ella ellos Negarse a Responder

**Raza** (Encierre con un círculo) Nativo de Alaska Amerindio Negro/Afroamericano  
Blanco/Caucásico Hawái Nativo Isleño del Pacífico Negarse a Responder

**Etnicidad** (Encierre con un círculo) Hispano o Latino/a No Hispano o Latino/a Negarse a Responder

**Estado del Hogar** (Encierre con un círculo)

Con hogar       Arriesgo para quedarse sin hogar       Alojamiento transitorio  
 Niño en riesgo de quedarse sin hogar       Actualmente no está sin hogar, estuvo en los últimos 12 meses       Viviendo en su refugio  
 Refugio       Desconocido para personas sin hogar       Viviendo con otros       Vivienda de apoyo permanente  
 Hotel de ocupación individual       Calle, Campamento, Puente       Veterano en riesgo de quedarse sin hogar

**Trabajador de Temporada o Migrant** (Encierre con un círculo)

Si       No

**Situación Laboral** (Encierre con un círculo)

Empleado a tiempo completo       No Empleado  
 En servicio militar activo       Niño       Empleado a tiempo parcial       Jubilado       Autónoma  
 Estudiante de tiempo completo       Estudiante de tiempo parcial       Desempleado por discapacidad       Desconocid

**Estado Veterano** (Encierre con un círculo)

Veterano       Conuge de veterano       No Corresponde

**Ingreso Familiar**

Tamano de la familia \_\_\_\_\_ Ingresos annuals del Hogar \$ \_\_\_\_\_

**Información del Seguro**

Seguro Primario \_\_\_\_\_ Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Suscriptor \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Número del Miembro \_\_\_\_\_

Copago \$ \_\_\_\_\_ Relación del Paciente con el Suscriptor \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Suscriptor \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Número del Miembro \_\_\_\_\_

Copago \$ \_\_\_\_\_ Relación del Paciente con el Suscriptor \_\_\_\_\_

**Patient/Parent/Legal Guardian Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

## Cuestionario de historia médica/social de salud

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

Apellido del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares

Relación	Problema de Salud	Edad de Inicio	Estado de Vida
Madre			__ Viva __ Difunta
Padre			__ Viva __ Difunta
Hermana			__ Viva __ Difunta
Hermano			__ Viva __ Difunta
Hija			__ Viva __ Difunta
Hijo			__ Viva __ Difunta
Abuela Materna			__ Viva __ Difunta
Abuelo Materno			__ Viva __ Difunta
Abuela Paterna			__ Viva __ Difunta
Abuelo Materno			__ Viva __ Difunta

### Historia del Paciente

**Cigarrillos electrónicos/Vapeo** (Círculo uno) Actualmente se usa todos los días Actualmente uso algunos días

Nunca usar Usuario anterior Nunca evaluado Usuario: estado actual desconocido

Desconocido si alguna vez se usó

**Cigarrillo electrónico/sustancia de vapeo** (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)

Nicotina THC CBD Aromatizante Otros

Por favor, indique "Otros" \_\_\_\_\_

**Cigarrillos electrónicos / dispositivos de vapeos** (Encierra en un círculo todo lo que corresponda) Desechable

Cartucho precargado o recargable Tanque recargable Otros (Por favor liste) \_\_\_\_\_

**Tabaco** Tabaquismo (Círculo uno) Nunca Anterior Todos los días Algunos días Desconocido

Sin humo (Círculo uno) Nunca Anterior Actual Desconocido

Exposición pasiva (Humo de segunda mano) (Círculo uno) Nunca Anterior Actual

¿Desea asesoramiento sobre el abandono del tabaco? Sí No

## Cuestionario de historia médica/social de salud

**Alcohol**

¿Bebe alcohol?    Si    Actualmente no    Nunca

¿Cuántas bebidas por semana?    Copas de vino \_\_\_\_    Latas de Cerveza \_\_\_\_    Chupitos de licor \_\_\_\_  
Bebidas que contengan .05 onzas de alcohol \_\_\_\_

¿Alguna vez bebiste en exceso?    Si    No    ¿Alguna vez conduces después de beber?    Si    No

**Consumo de drogas** (Círcule uno)    Sí, actualmente    Actualmente no

¿Cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_

Tipos (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)    Vapeo    Marihuana    Opiáceos    Heroína  
Metanfetamina    Anfetaminas    PCP    Éxtasis    LSD    Ketamina    Mescalina  
Psilocibina    Cocaína    Crack    Óxido Nitroso    Inhalantes solventes    Barbitúricos  
Intravenosa Intravenosa (IV)    Otros

**Consumo de Cafeína**

¿Bebe/toma cafeína?    Si    No    ¿Número de tazas/latas o cantidad tomada por día? \_\_\_\_

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

**Temas Actuales**    Por favor, enumere todos los problemas médicos y de salud mental actuales.

<u>Problema de Salud</u>	<u>Comenzó</u>

**Cirugías**    Por favor, enumere todas las cirugías y/o procedimientos anteriores.

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

## Cuestionario de historia médica/social de salud

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

<u>Allergy</u>	<u>Reaction</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Medicamentos** Enumere todos los medicamentos actuales que está tomando, incluidas los medicamentos de venta libre.

<u>Nombre</u>	<u>Fuerza</u>	<u>Frecuencia</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

---

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

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

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

### Información

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

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

### Tipo de cobertura de salud

\*Tipo de cobertura de salud:

- Medicaid  Medicare  Comercial  Sin seguro  Otra

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

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

- Nunca  1 vez  2 o más veces

### Situación de vida

¿Cuál es su situación de vida actual?

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

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

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

### Alimentos

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

- Con frecuencia     A veces     Nunca

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

- Con frecuencia     A veces     Nunca

### Transporte

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

- Sí     No

### Servicios públicos

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

- Sí     No     Ya lo cortaron

### Seguridad

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

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

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

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

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

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

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

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

- Nunca    Rara vez    A veces    Con bastante frecuencia    Con frecuencia

### Apoyo familiar y comunitario

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

- Nunca     Rara vez     A veces     Con frecuencia     Siempre

### Información del núcleo familiar

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

\_\_\_\_ cantidad de personas

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

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

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

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

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

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

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

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

**EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO**

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

Fecha de la selección: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fech. De Nac.: \_\_\_\_\_

Como paciente de MarillacHealth, es posible que se le ofrezcan servicios de salud conductual y estamos divulgando información sobre nuestros proveedores y sus credenciales. Cada uno de estos proveedores puede ser contactado en la siguiente dirección comercial y número de teléfono: 2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501, 970-200-1600.

CREDENCIALES
Victoria Baumann es Consejera Profesional Licenciada y Especialista Certificada en Adicciones en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Consejería de la Universidad Estatal de Adams en 2015.
Brandi Byars es una Trabajadora Social Clínica licenciada en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Trabajo Social de la Universidad de Denver en 2019.
Naomi McCrea es una Trabajadora Social Clínica licenciada en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Trabajo Social-Clínico de la Universidad de Virginia Commonwealth en 2014.
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.
Elise Rediger es una Consejera Profesional Licenciada, Consejera Licenciada en Adicciones y especialista Certificada en Desintoxicación de Acupuntura en el estado de Colorado. Ella recibió su Maestría en Consejería y Servicios Psicológicos de la Universidad de Saint Mary's en 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 en 2017.
Mildred (Mel) Ruiz es una Trabajadora Social Clínica Licenciada y Consejera Licenciada en Adicciones en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Trabajo Social de la Universidad de Fordham en 2020.
CREDENCIALIZACIÓN
<p>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.</p> <p>2. Un Consejero Certificado de Adicciones I (CAC I) debe ser un graduado de la escuela secundaria, completar las horas de capacitación requeridas y 1,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero de Adicciones Certificado II (CAC II) debe completar las horas de capacitación adicionales requeridas y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero Certificado en Adicciones III (CAC III) debe tener una licenciatura en salud conductual, completar las horas de capacitación adicionales requeridas y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero Certificado en Adicciones III (CAC III) debe tener una licenciatura en salud conductual, 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.</p> <p>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.</p>

La práctica de las personas autorizadas o registradas en 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 al (303) 894-7800.

**DERECHOS DEL CLIENTE:** Si recibe estos servicios, tiene derecho a recibir información del 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 ponerse en contacto con la Junta de Quejas de Salud Mental.

**Confidentiality:** The information provided by you during therapy sessions is legally confidential. There are exceptions to this confidentiality, some listed in section 12-43-218 of the Colorado Revised Statutes, and the HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability) Notice of Privacy Rights available at the front desk. For example, mental health professionals are required to report suspected child abuse to authorities. 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 <https://dpo.gove/ProfessionalCounselor/Laws>.

- El consejero tiene la obligación de reportar "de buena fe" cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil a los departamentos apropiados de servicios humanos y / o agencia de aplicación de la ley.
- El consejero debe notificar a las autoridades correspondientes cuando un cliente / paciente comunica una amenaza grave e inminente de lastimarse a sí mismo o a otra persona y se niega a buscar tratamiento voluntariamente.
- 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.
- El consejero puede divulgar información del cliente en respuesta a una consulta de la Junta de Quejas.
- 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.
- Un tribunal en Colorado con autoridad competente puede ordenar la divulgación de información confidencial del cliente / paciente.
- Si está participando en servicios de asesoramiento 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 pueden mantenerse después de siete años de conformidad con la sección 12-245-+226 (1) (a) (II) (A) de los Estatutos Revisados de Colorado.

Reconozco esta divulgación de salud conductual y entiendo mis derechos como paciente o como parte responsable del paciente si recibo estos servicios.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_

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

Esta **estimación de buena fe** cumple con la **Ley sin sorpresas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)**.

Esto no es un contrato. No le obliga a aceptar los servicios enumerados. El propósito del Estimado de buena fe que está recibiendo es brindarle un costo aproximado de los servicios que recibirá de nuestra práctica que no serán pagados por el seguro de salud.

Los costos esperados razonablemente 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)**.

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.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación del Tutor Legal con el Paciente

### **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.

**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 medico, 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.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación del Tutor Legal con el Paciente

## Consentimiento de Comunicación Verbal

**Apellido del paciente** \_\_\_\_\_ **Primero** \_\_\_\_\_ **Medio** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

### **Divulgación Verbal**

Autorizo a MarillacHealth a dejar mensajes con respecto a la información médica relacionada con mi atención mediante los siguientes métodos y asumiré la responsabilidad de notificar a MarillacHealth cuando la información cambie. (Marque todo lo que corresponda).

**Teléfono residencial** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular** \_\_\_\_\_

**Correo de voz/Contestadores automáticos** \_\_\_\_\_

### **Divulgación a Otras Personas**

Autorizo a MarillacHealth a hablar con las siguientes personas sobre mi atención y tratamiento actuales:

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

Toda la información de salud, incluida la facturación, se puede comunicar a las personas mencionadas anteriormente, excepto por lo siguiente

Diagnóstico o referencia a servicios de salud conductual / atención psiquiátrica; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); virus de inmunodeficiencia humana (VIH); infección de transmisión sexual (ITS); o abuso de drogas y/o alcohol.

**Esta autorización no caduca a menos que yo revoque o cambie la autorización.**

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla.

La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la Regla de privacidad de HIPAA.

Se requiere mi firma para validar esta autorización. Si no firmo esta autorización, Marillac Health seguirá proporcionando tratamiento y solicitará el pago por los servicios prestados. De acuerdo con State Statutes, este sitio de atención puede cambiar por copias de registros médicos.

**Firma del Paciente o Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy** \_\_\_\_\_

**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.

Please note that a copy of HIPAA is available upon request for the patient or parent/guardian of a minor receiving medical or mental health counseling services at MarillacHealth. Prior to receiving services, you must sign below, certifying that you understand a copy of our HIPAA policies is available.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación del Tutor Legal con el Paciente



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2023

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 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).

***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***

We may disclose your protected health information to other companies that help us. These business associates may include billing companies, claims processing companies, collection agencies, accountants, attorneys, consultants, and others that assist us with payment activities or health care operations. We contractually require our business associates to safeguard the privacy and security of your 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.

***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.

### ***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.

***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.

***Correctional Institutions***

If you are or become an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may disclose your protected health information to the correctional institution or law enforcement official. This disclosure may be necessary for the institution (i) to provide you with health care; (ii) to protect your health and safety or the health and safety of others; or (iii) for the safety and security of the correctional institution.

***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.

**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.

***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.

**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.

**VIII. 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.