Traducido del inglés al español - www.onlinedoctranslator.com

Isabella Citizens for Health, Inc.

Apellido:	Nombre de pila:	Primer nombre utilizado:
Fecha de nacimiento:	Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Método de contacto preferido: ☐ Texto ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono	Dirección de la calle:	Apartamento/Lote #:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Dirección secundaria: (si corresponde):
Dirección de correo electrónico:		Fecha de hoy:
Nombre del contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:
Nombre del padre/tutor (si es menor de 18 años):		Teléfono del padre/tutor:

Idioma principal
☐Inglés
☐Español
☐Otro:

Trabajador agrícola
☐Sí
☐No

¿Es usted un veterano?
☐Sí
☐No

Carrera
☐ Indio asiático
☐ Chino
☐ Samoano
☐ Filipino
☐ Blanco
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otros asiáticos
☐ Nativo hawaiano
☐ Otros isleños del Pacífico
☐ Guameño/Chamorro
☐ Negro o afroamericano
☐ Indio americano/nativo de Alaska
☐ Más de una raza
☐ Negarse a responder

Etnicidad
☐Hispano o latino
☐No hispano ni latino
☐ Negarse a responder

Si seleccionas Hispano/Latino, consulte la siguiente información:
☐ Mexicana, Mexicana estadounidense, chicano/a
☐ Puertorriqueño
☐ Cuban
☐Otro hispano, Latino/a, o de origen español
☐ Hispano latino/a, Origen español, combinado

Orientación sexual
☐ Heterosexual
☐ Lesbianas, gays, homosexual
☐ Bisexual
☐ No lo sé
☐ Negarse a responder
☐ Otros:

Estado del estudiante
☐ N/D
☐ Tiempo completo
☐ Tiempo parcial

Estado civil
☐Soltero
☐Casado
☐Divorciado
☐Viudo
☐Pareja
☐Separados legalmente

Situación de vida/vivienda
¿Estás sin hogar?
☐Sí
☐No
¿Vive usted en una vivienda pública?
☐Sí
☐No

Estado laboral:
☐ Tiempo completo
☐ Tiempo parcial
☐ No empleado

Empleador:

Información del garante

Fiador (si no es paciente)	Relación con el paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:	Empleador:

Seguro Primario

Nombre del seguro:	Nombre del suscriptor:
Relación del paciente con el suscriptor:	Fecha de nacimiento:
Política #	Grupo #

Seguro secundario

Nombre del seguro:	Nombre del suscriptor:
Relación del paciente con el suscriptor:	Fecha de nacimiento:
Política #	Grupo #

La información anterior es veraz según mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios del seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier saldo. También autorizo a Isabella Citizens for Health o a la compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones.

_____ _____

Firma del paciente/tutor **Fecha**

Isabella Citizens for Health, Inc.

Comunicado a familiares y amigos involucrados en atención médica

Isabella Citizens for Health se compromete a proteger su información médica personal. Sabemos que, en la sociedad actual, su cónyuge, familiares o amigos cercanos pueden estar involucrados en su atención médica o en el pago de la misma. Para proteger su información médica personal, necesitamos conocer a las personas con las que desea que nuestro personal divulgue o discuta su atención médica o el pago de la misma. El centro cuenta con mi permiso para divulgar o discutir mi información médica personal en lo siguiente:

COMPRUEBA TODO ESOPUEDE SER LIBERADO:

☐Atención sanitaria general ☐Facturación y Cuentas ☐Medicamentos

☐Información del seguro ☐Equipo ☐TODA la información

Isabella Citizens for Health puede divulgar o discutir mi información médica personal, como se indica anteriormente, con cualquiera de las siguientes personas en persona o por teléfono.

1)_____Relación:_____Teléfono: _____

2)_____Relación:_____Teléfono: _____

3)_____Relación:_____Teléfono: _____

4)_____Relación:_____Teléfono: _____

Comunicado a familiares y amigos involucrados en la atención médica (continuación):

La información divulgada puede incluir información relacionada con infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA u otras enfermedades transmisibles. También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual, tratamiento o pruebas para trastornos por consumo de sustancias, y pruebas genéticas. Deseo que se comparta cualquier información confidencial mencionada anteriormente.**EXCLUIR**Se indicará aquí:

_____

Si desea que nuestro personal divulgue o discuta cualquiera de los elementos mencionados anteriormente con su cónyuge, familiares o amigos cercanos, debe autorizarnos específicamente por escrito. Cualquier miembro del personal de Isabella Citizens for Health le asistirá. Este documento permanecerá vigente hasta que usted, el paciente o su representante autorizado lo revise o lo revoque.

_____ **Nombre impreso del paciente**

_____ **Fecha**

_____ **Firma del Paciente o Representante Legal**

_____ **Relación estatal con el paciente**

_____ **Firma del testigo**

_____ **Fecha**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Demografía de los pacientes

Como parte de nuestro cumplimiento con los requisitos federales y/o de financiación, estamos obligados a preguntar a los pacientes sobre sus ingresos familiares. Esta información nos ayuda a determinar la elegibilidad para ciertos programas y garantiza que cumplimos con nuestras obligaciones de presentación de informes.

Complete la siguiente información para ayudarnos a comprender mejor nuestra población de pacientes.

Toda la información se mantiene confidencial y se utiliza únicamente con fines informativos.

Si tiene alguna pregunta, solicite ayuda a nuestro personal.

Tamaño de la familia:

El tamaño de la familia o tamaño del hogar se describe como el número total de personas bajo un mismo techo.**Tamaño de la familia:** ____

Datos de ingresos anuales del hogar:

La definición de ingreso familiar bruto es la cantidad total de ingresos (antes de impuestos) de cualquier persona en el hogar de 19 años de edad o más, proveniente de todas las fuentes, incluidos salarios, asistencia pública, desempleo, pagos de jubilación, Seguro Social, manutención infantil, etc.

*** * * Marque con un círculo el rango correcto de ingresos brutos para su hogar.*****

$0-$7825	$40,189-$48,945	$127,171-$140,878
$7826-$11,738	$48,946-$57,390	$140,879-$152,300
$11,739-$15,863	$57,391-$65,678	$152,301-$183,713
$15,864-$21,150	$65,679-$74,727	$183,714-$217,875
$21,151- $26,650	$74,728-$89,475	$217,876-$239,663
$26,651-$33,313	$89,476-$114,013	$239,664-$261,450
$33,314-$40,188	$114,014-$127,170	Más de $261,451

Isabella Citizens for Health, Inc.

Pediatría

Bienvenido a Isabella Citizens for Health, Inc. (ICH) y gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica primaria. Nuestro equipo de atención médica se compromete a brindarle a usted y a su familia o seres queridos la mejor atención médica posible. El Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad nos reconoce como un Centro Médico Centrado en el Paciente. Como Centro Médico Centrado en el Paciente, nuestro enfoque es brindar a nuestros pacientes una atención médica integral, centrada en todos los aspectos de su salud y bienestar general, incluyendo sus necesidades emocionales, familiares y sociales.

¿Qué es un hogar médico centrado en el paciente?

- ***Centrado en el paciente*** significa que **tú** y su atención médica están en el centro de su hogar médico.
- ***Hogar médico*** Comienza con nuestra práctica, donde un equipo de profesionales, liderado por su proveedor personal, trabajan juntos para garantizar una atención integral y coordinada.
- ***Hogar médico centrado en el paciente*** Es un enfoque para brindar atención médica integral en el que usted se une a un equipo que incluye profesionales de la salud, familiares o seres queridos de confianza (si lo desea) y, lo más importante, usted.

Como paciente de Isabella Citizens for Health, Inc., tendrá acceso a:

- Servicios en el consultorio que incluyen, entre otros, exámenes de bienestar, exámenes para recién nacidos y bebés sanos, evaluaciones de desarrollo infantil, vacunas infantiles, procedimientos menores, pruebas de laboratorio y evaluaciones de cáncer y plomo.
- Asistencia de transporte
- Gestión de casos para ayudar con las necesidades de atención prolongada, exámenes de seguimiento y educación;
- Un especialista en inscripciones que lo ayudará a acceder a atención médica, atención asequible, asistencia con seguros o inscripción.
- Citas el mismo día para enfermedades agudas; y
- Programa de descuento de tarifa móvil para pacientes elegibles para servicios médicos, de salud conductual y farmacéuticos.
- ICH ofrece servicios de interpretación y traducción para idiomas extranjeros y personas con dominio limitado del inglés.

  Servicios de interpretación y traducción para idiomas extranjeros y personas de habla inglesa limitada.
  - Servicios de traducción para pacientes de habla hispana - 1-989-756-0297.
  - *Servicios de traducción para pacientes de habla hispana - 1-989-756-0297.*

Cómo puedes ayudar

- Pregunte a su médico de atención primaria y a su equipo cualquier duda que tenga.
- Manténgase en contacto con su equipo a medida que surjan preguntas sobre su salud.
- Cuida tu salud siguiendo el plan recomendado por tu equipo.
- Manténgase al día con sus exámenes de bienestar y vacunas.

- Complete nuestra encuesta de satisfacción del paciente para informarnos cómo lo estamos haciendo y cómo podemos mejorar.

Información adicional:

- **Fuera del horario laboral:**Comuníquese al 989-779-5270. Como su Centro Médico Centrado en el Paciente (PCMH), estamos disponibles fuera del horario laboral en situaciones urgentes. Si se comunica con uno de nuestros proveedores pediátricos a través de nuestro servicio de atención fuera del horario laboral, nuestros proveedores podrían informarle: si su hijo debe ser atendido en el Centro al día siguiente, si debe ir a urgencias o si hay cosas que puede hacer en casa por él.
  TENGA EN CUENTA: Las solicitudes de recetas generalmente no son apropiadas para el servicio de respuesta fuera del horario laboral.
  Fuera del horario de atención:*Comuníquese al 989-779-5270. Como su Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH) estamos disponibles después del horario de atención en situaciones urgentes. Si está conectado con uno de nuestros proveedores pediátricos a través de nuestro servicio de respuesta fuera del horario de atención, nuestros proveedores pueden transmitirle: Si su hijo debe ser visto en el Centro al día siguiente, si su hijo debe ir a la sala de emergencias y/o si hay cosas que puede hacer en casa por su hijo.*
  TENGA EN CUENTA:*Las solicitudes de recetas generalmente no son apropiadas para el servicio de respuesta fuera del horario de atención.*
- **Citas para el mismo día o al día siguiente:**Como paciente pediátrico de Isabella Citizens for Health, Inc., tiene acceso a citas para el mismo día o al día siguiente. Llame al 989-779-5279 para programar una cita.
- **Centro de salud financiado por la HRSA según la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios:**Isabella Citizens for Health recibe fondos de Salud y Servicios Humanos y tiene estatus de Servicio de Salud Pública federal con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por mala praxis médica, para sí misma y sus individuos cubiertos.

Los formularios para pacientes, información sobre nuestros servicios y horarios de atención, información biográfica sobre nuestros proveedores, la posibilidad de realizar un pago en su cuenta y enlaces a recursos educativos se publican en nuestro sitio web:www.isabellahealth.org

En ICH, creemos en una relación sólida entre familia, proveedor y paciente, y queremos que confíe en nosotros y busque nuestra ayuda. Esperamos que nos pregunte sobre cualquier inquietud médica que usted o sus familiares puedan tener. Queremos mantenerlo saludable y que se sienta como en casa en nuestra oficina.

Atentamente,

El personal de Isabella Citizens for Health Family Practice & Pediatrics

Isabella Citizens for Health, Inc.

Nombre del paciente_____ Fecha_____

He recibido los siguientes documentos y comprendo las políticas que se describen en ellos. He leído las políticas en su totalidad y comprendo plenamente que la información contenida se refiere a mí. **(Por favor, ponga sus iniciales en cada línea.)**

INICIAL:_____Consentimiento general para el tratamiento

INICIAL:_____Derechos y responsabilidades del paciente y del centro

INICIAL:_____Política de citas perdidas y llegadas tardías

INICIAL:_____Reconozco que he recibido la**Aviso de prácticas de privacidad**de Isabella Citizens for Health, Inc.

INICIAL:_____Reconozco que he recibido la**Hogar médico centrado en el paciente** Información de Isabella Citizens for Health, Inc.**.**

Isabella Citizens for Health, Inc.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:**__/__/____**Edad**: _____**Sexo al nacer**:☐Masculino☐Femenino

Fecha de hoy: ___/___/_____ Farmacia preferida: _____

¿Es usted el padre biológico, tutor legal o padre adoptivo del niño? (Marque una opción) ¿Tiene la documentación legal necesaria?☐Sí☐No

Historia del recién nacido/nacimiento: madre e hijo (En ese momento mi madre estaba embarazada de este niño) Peso al nacer _____ Longitud al nacer_____ Hora de nacimiento_____ Ubicación: _____ Número de embarazos: ____Número de nacidos vivos: ____ Número de semanas de embarazo al momento del parto ____

Complicaciones:☐Trabajo de parto prematuro☐Hipertensión☐Diabetes☐Otro_____

Medicamentostomados durante el embarazo (incluye suplementos, inhaladores, medicamentos de venta libre): _____

Entrega:☐parto vaginal☐cesárea☐Electiva o☐¿Emergencia? Motivo_____ **Complicaciones del recién nacido:**_____ **Medicamentos y pruebas de detección recomendados para recién nacidos:**

☐Vitamina K☐vacuna contra la hepatitis B☐Pantalla del corazón☐Pantalla de recién nacidos☐Prueba de audición (aprobado o reprobado)

Historial médico familiar :POR FAVOR ESPECIFIQUE EL MIEMBRO DE LA FAMILIA/MATERNO O PATERNO

Problema médico	Sí	No	Relación
Cardiopatía			
Cáncer/¿Tipo?			
Hipertensión			
Diabetes			
Nefropatía			
dolores de cabeza			
Trastornos neurológicos/convulsiones			
Enfermedad mental			
Discapacidades de aprendizaje			
Asma			
Trastornos de la piel			

Otro: _____

Médicos/otros proveedores que han tratado al niño:

_____Fechas: _____
_____Fechas: _____

Fecha del último examen dental: _____ Nombre del dentista: _____

Fecha del último examen de la vista: _____ Nombre del oftalmólogo: _____

Historial médico pasado del niño: ((Marque las que sean relevantes, escriba las que no están en la lista) ¿Su hijo tiene algún problema médico actual o crónico?☐No☐Sí

Asma	Problema del corazón
Eczema o alergias estacionales	TDA/TDAH
Infecciones frecuentes de oído y garganta	Otro:

Historial de hospitalizaciones, cirugías y lesiones del niño ((Por favor describa e incluya fechas): ¿Su hijo alguna vez tuvo que dormir en un hospital o fue sometido a alguna cirugía?☐No☐Sí

Problema/Razón	Manejo (ingreso/cirugía)	Mes/Año	Hospital

Medicamentos para niños (incluye suplementos, inhaladores, medicamentos de venta libre):
¿Su hijo toma algún medicamento a diario o de forma intermitente?☐No☐Sí

Nombre	**Fortaleza**	**¿Con qué frecuencia?**

Alergias en los niños: (Por favor agregue la reacción)
¿Tiene el niño alergias, incluso a medicamentos o alimentos?☐No☐Sí

Alergia	Reacción

Vacunas del niño: ¿Están las vacunas de su hijo al día según su conocimiento?☐Sí☐No Si no nació/vive en Michigan, ¿tiene un registro de vacunación actualizado?☐Sí☐No

Historial escolar/de desarrollo:
¿Alguien ha tenido inquietudes sobre el desarrollo/comportamiento de su hijo?☐Sí☐No
¿Su hijo sufrió retrasos en algún hito en comparación con sus hermanos o compañeros?☐Sí☐
No ¿Su hijo tiene alguna necesidad especial o recibe alguna terapia?
☐No☐Sí, ¿qué servicios? _____

¿Tu hijo va a la escuela?☐Sí☐¿No hay programa de guardería o después de la escuela?☐Sí☐No
¿En qué grado está su hijo/a? _____; ¿Escuela? _____
¿Su hijo ha repetido algún grado?☐No☐Sí, ¿cuál? _____ ¿Su hijo tiene un IEP, un plan 504 o recibe algún servicio de educación especial o terapias?
☐No☐Sí, ¿qué servicios? _____

Historia social:

¿Quién vive con el niño en casa? _____

¿Hay fumadores en la casa?☐Si ☐No * Si es así, ¿dentro o fuera?☐Adentro☐Afuera

¿Hay mascotas en la casa?☐Si ¿Hay☐No * En caso afirmativo, describa: _____

armas en la casa?☐Sí ☐No * Si es así, ¿están protegidos?☐Sí☐No ☐

¿Hay detectores de humo en la casa?☐Sí No

¿Hay detectores de monóxido de carbono en el hogar?☐Sí☐No

¿Tu hijo usa protector solar?☐Sí☐No

Ejercicio: ¿Su hijo hace al menos 1 hora de ejercicio diariamente o participa en deportes? _____

Tiempo frente a la pantalla: ¿Número de horas diarias?☐menos de 2 horas☐más de 2 horas

¿Tiene su hijo amigos? _____¿Tiene su hijo acosadores? _____

Historial de la dieta:

¿Su hijo tiene/tuvo preocupaciones relacionadas con su peso o alimentación?☐Sí ☐No

Bebés

¿El niño fue/es amamantado?☐Sí☐¿No se alimenta con fórmula?☐No☐Sí; ¿Onzas promedio por día? _____ ¿Comida para bebé?☐No☐Sí; # porciones/frascos diarios_____ ¿Sólidos/alimentos de mesa?☐Sí☐No

Niños pequeños/Niños

Cantidad estimada de porciones diarias:
Frutas/Verduras: _____Lácteos/Leche: _____Carne/Proteínas: _____ Gaseosas/ Jugos/Bebidas azucaradas: _____ Comida rápida/Bocadillos: _____

¿Tiene inquietudes específicas sobre el niño que desea discutir hoy?
_____
_____

Firma del padre/tutor legal _____Fecha_____

Consentimiento general para el tratamiento

Por la presente, autorizo voluntariamente a los profesionales de la salud del Centro a que me brinden servicios de atención médica en sus centros de servicio. Los servicios de atención médica pueden incluir, entre otros, evaluaciones físicas y mentales de rutina; pruebas y procedimientos de diagnóstico y monitoreo; exámenes y tratamientos médicos y/o dentales; procedimientos y análisis de laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios de imagen; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos prescritos por los profesionales de la salud del Centro. Los servicios de atención médica también pueden incluir la consejería necesaria para recibir los servicios adecuados, incluyendo la planificación familiar (según lo definido por las leyes y regulaciones federales).

Entiendo que se me pedirá que firme un consentimiento informado por separado para cada vacuna que se me administre y que recibiré una "Declaración de Información sobre la Vacuna" (VIS) antes de cada vacuna. Entiendo que existe un formulario de consentimiento por separado que se me podría pedir que firme para realizarme pruebas de detección de enfermedades infecciosas.

Entiendo que existe un consentimiento por separado para las visitas de telesalud.

Entiendo que existen ciertos riesgos y peligros asociados con todas las formas de tratamiento y doy mi consentimiento sabiendo esto.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece en vigor mientras sea paciente del Centro, hasta que retire mi consentimiento o hasta que el Centro cambie sus servicios y me solicite que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción y elegibilidad para los beneficios no están condicionados por mi firma en este formulario.

Disposiciones de consentimiento

Mi firma en este formulario de reconocimiento indica que:

1. Certifico que he leído y comprendido completamente el consentimiento anterior y que los hechos indicados anteriormente son verdaderos.
2. Entiendo que, si bien se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos y efectos secundarios al mínimo, los riesgos, los efectos secundarios y las complicaciones pueden ser impredecibles tanto en naturaleza como en gravedad.
3. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos y enfermeras registradas de práctica avanzada) pueden participar en mi tratamiento y doy mi consentimiento para ello.
4. Entiendo que se me puede solicitar que firme un consentimiento informado por separado para ciertos tratamientos que lo requieran.
5. Por la presente doy voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento en el Centro.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

Isabella Citizens for Health, Inc.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Consentimiento informado del paciente por correo electrónico y mensaje de texto

Isabella Citizens for Health, Inc. (ICH) y sus afiliados, agentes, contratistas independientes y cualquier "entidad cubierta" o "socio comercial" (según la definición de estos términos en la Regla de Privacidad de HIPAA) con quien se comparta su información bajo la HIPAA (colectivamente, "Isabella Citizens for Health, Inc.") podrán comunicarse con usted por correo electrónico, mensaje de texto u otras formas de comunicación electrónica no cifrada (en conjunto, "Mensajería Electrónica") a los números de teléfono, direcciones de correo electrónico u otras direcciones que consten en su historial médico o según se indique a continuación. Este formulario proporciona información sobre el uso, los riesgos y las condiciones de la Mensajería Electrónica por parte de ICH. También se utilizará para documentar su consentimiento para que ICH se comunique con usted mediante Mensajería Electrónica.

Cómo utilizaremos la mensajería electrónica: ICH puede usar mensajería electrónica para comunicarse con usted sobre una amplia gama de cuestiones relacionadas con la atención médica, que incluyen, entre otras:

- Recordatorios de citas o acciones que debe realizar antes de una cita, seguimientos de citas, incluidas copias de resultados de laboratorio y radiología, y avisos sobre servicios preventivos, opciones de tratamiento, coordinación para su atención y otros servicios de salud disponibles.
- Cómo participar en encuestas de satisfacción del paciente o cómo utilizar nuestro portal seguro para pacientes; y
- Información sobre seguros, facturación, elegibilidad para programas/beneficios y saldos de cuentas.

ICH puede utilizar marcadores automáticos, mensajes de difusión o mensajes de voz pregrabados al comunicarse con usted mediante mensajería electrónica. Toda la mensajería electrónica puede formar parte de su historial médico.

Riesgos del uso de mensajería electrónica: La mensajería electrónica conlleva una serie de riesgos que debes tener en cuenta, entre ellos:

- Los mensajes electrónicos pueden circular, reenviarse, enviarse a destinatarios no deseados y almacenarse electrónicamente y/o en papel.
- Los remitentes pueden fácilmente dirigir incorrectamente sus mensajes electrónicos y enviar información a un destinatario no deseado.
- Pueden existir copias de seguridad de la mensajería electrónica incluso después de su eliminación.
- Los mensajes electrónicos pueden no ser seguros y pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización o detección.
- Los proveedores de servicios de mensajería electrónica pueden cobrar por las llamadas o mensajes recibidos.
- Los empleadores y proveedores en línea tienen derecho a inspeccionar los mensajes electrónicos enviados a través de los sistemas de su empresa.
- Los mensajes electrónicos pueden utilizarse como prueba ante un tribunal.

Condiciones para el uso de la Mensajería Electrónica: ICH no puede garantizar, pero utilizará los medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de los mensajes que enviamos. Al firmar donde se indica a continuación, usted reconoce su consentimiento para el uso de la mensajería electrónica bajo las siguientes condiciones:

- **EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA, NO UTILICE MENSAJERÍA ELECTRÓNICA. LLAME AL 911.**
- Es posible que se archiven mensajes electrónicos en su historial médico.

- ICH no es responsable de violaciones de confidencialidad causadas por usted o cualquier tercero.
- Usted es el único responsable de cualquier cargo incurrido según su acuerdo con su proveedor de servicios de mensajería electrónica (por ejemplo, por minuto, por mensaje, por unidad de datos recibidos o de otro modo).

Vencimiento y revocación del consentimiento: A menos que retire su consentimiento antes, este caducará al finalizar su relación de tratamiento con ICH. Puede optar por dejar de participar en la mensajería electrónica en cualquier momento informando a ICH por escrito. Además, comprende que retirar este consentimiento no le impedirá perder ningún beneficio o derecho al que tenga derecho, como la continuación del tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios. Para retirar su consentimiento y dejar de participar en la mensajería electrónica, comuníquese con el responsable de privacidad de ICH, como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.

Reconocimiento y acuerdo del paciente: He leído y comprendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con el uso de la mensajería electrónica entre ICH y yo, y doy mi consentimiento a las condiciones e instrucciones descritas, así como a cualquier otra instrucción que ICH pueda imponer para comunicarse conmigo por mensajería electrónica. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y correos electrónicos de ICH. Entiendo que ICH enviará mensajes electrónicos a los números de teléfono y direcciones de correo electrónico que figuran en mi historial médico.

Liberar: En consideración a los servicios de ICH y mi solicitud de recibir Mensajería Electrónica como se describe en este documento, por la presente libero a ICH de todos y cada uno de los reclamos, causas de acción, demandas, lesiones, daños, pérdidas, responsabilidades u otros perjuicios resultantes de o relacionados con las llamadas o mensajes, incluidos, entre otros, cualquier reclamo, causa de acción o demanda basada en cualquier supuesta violación de la ley (incluidas, entre otras, la Ley de Protección al Consumidor Telefónico, la Ley de Veracidad en la Identificación de Llamadas, la Ley CAN-SPAM, la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas, la Ley de Informes Justos de Crédito, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, cualquier ley o estatuto estatal y local similar y cualquier ley federal o estatal de agravio o protección al consumidor.

Firma del paciente (o representante autorizado)	**Nombre impreso del paciente**	**Fecha**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Relación con el paciente: _____

COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO ES<u>OPCIONAL</u>

El centro de salud se complace en brindarle recursos y servicios que pueden ayudarle a mejorar situaciones difíciles y reducir o eliminar las barreras para una mejor salud física y mental. Si indica que tiene una dificultad o una necesidad básica en sus respuestas a continuación, nuestro Trabajador de Salud Comunitario (TSC) se comunicará con usted llamando al número de teléfono que proporcionó al registrarse como paciente en el centro de salud. Un TSC conoce los servicios y recursos de la zona que ofrecen asistencia y acceso a necesidades básicas como alimentación, ropa, servicios públicos, vivienda, transporte, acceso a atención médica, servicios para el abuso de sustancias y más.

1. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy en día?
    a. Tengo vivienda.
    b. No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un albergue, en un hotel, al aire libre, en un coche o en un parque).
    c. Elegí no responder.
2. ¿Está preocupado por perder su vivienda?
    a. Sí
    b. No
    c. Elegí no responder.
3. Si está embarazada y/o tiene un niño de entre 0 y 5 años, ¿está interesada en obtener más información sobre el programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)?
    a. Sí
    b. No
    c. No sé qué es WIC.
4. ¿Usted o algún miembro de su familia que vive con usted necesita actualmente alguno de los siguientes?
    a. Comida
    b. Servicios públicos
    c. Medicina
    d. Ropa
    e. Cuidado de niños
    f. Artículos de primera necesidad
    g. Productos de higiene menstrual
    h. No
    i. Elegí no responder.
5. ¿La falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir cosas para sus necesidades diarias?
    a. Sí (marque con un círculo cuáles)
        i. Necesidades médicas/Reuniones/Trabajo/Diarias
    b. No
    c. Elegí no responder.

Lista de verificación para citas de pacientes nuevos

Por favor planifique llegar 30 minutos antes de la hora programada de su cita. Esto permitirá que nuestro personal de recepción verifique la información, cobre los copagos y actualice la información demográfica de su historial médico.

_____ Complete su documentación de nuevo paciente y tráigala a su cita. Asegúrese de incluir los nombres, direcciones y números de teléfono de otros profesionales de la salud que haya visitado. Nuestro equipo funciona mejor como centro médico cuando usted proporciona un historial médico completo e información sobre la atención recibida fuera de la consulta.

Documentación a completar y llevar consigo:

- Formulario de reconocimiento de documentos
- Consentimiento general para el tratamiento
- Consentimiento por correo electrónico y mensaje de texto
- Formulario de historial de salud
- Formulario de divulgación de información y datos demográficos del paciente

_____ Haga una lista de sus preguntas de salud. Pídale ayuda a un amigo o familiar si la necesita. Coloque las preguntas más importantes al principio de la lista. Es posible que su proveedor no pueda responder todas en una sola visita, pero priorizará según su salud y estado de salud actuales.

Traiga todos sus medicamentos en sus envases originales a su cita. Asegúrese de incluir medicamentos con receta, de venta libre, naturales y herbales, y vitaminas.

_____ Traiga su(s) tarjeta(s) de seguro actual(es) y una identificación con fotografía.

_____ Si lo desea, pídale a un familiar o amigo de confianza que lo acompañe a su cita.

_____ Revise la tarjeta del Programa de Descuento de Tarifa Móvil incluida en su Carpeta de Paciente Nuevo para ver si puede ser elegible para este programa.

Isabella Citizens for Health, Inc.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad del Centro al (989) 953-5191 x4.

QUIÉN SEGUIRÁ LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRITAS EN ESTE AVISO

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso) describe las prácticas de privacidad de Isabella Citizens for Health, Inc. (el Centro) y su equipo (incluyendo empleados, contratistas, médicos, enfermeros, personal con licencia o certificado, voluntarios y personal de recepción, facturación y administrativo) que necesiten usar su información médica para realizar su trabajo. También aplica a cualquier persona autorizada a ingresar información en su expediente del Centro. Sus otros proveedores de atención médica pueden tener políticas diferentes con respecto al uso y la divulgación de su información médica generada en sus instalaciones.

SOBRE TU SALUDTINFORMACIÓN H

Entendemos que su información médica y la de su salud son personales, y protegerla es importante para nosotros. Creamos un registro de la atención y los servicios que brindamos en el Centro. Necesitamos este registro para brindarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales.
Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por el Centro, ya sean elaborados por el personal del Centro u otros profesionales de la salud, almacenados y transmitidos electrónicamente o por otros medios. La ley nos exige:

- Mantener la privacidad de la información de salud que lo identifica (con ciertas excepciones);
- Notificarle sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud que recopilamos y mantenemos sobre usted; y
- Cumplir con los términos de este Aviso que se encuentra actualmente vigente.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUDFINFORMACIÓN SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que podemos usar y divulgar información de salud.. Después de cada categoría se incluye una explicación. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de cada categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en alguna de las categorías.

- **DIVULGACIÓN A SU PETICIÓN.** Podemos divulgar información médica cuando usted lo solicite. Esta divulgación, a petición suya, podría requerir su autorización por escrito.
- **PARA TRATAMIENTO.**Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes y otro personal del Centro que participe en su atención. Por ejemplo, un médico que lo trate por una fractura de pierna podría necesitar saber si tiene diabetes, ya que esta puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico deba informar al administrador de casos si tiene diabetes para que podamos coordinar…

Seguimiento adecuado. Diferentes áreas del Centro también podrían compartir su información médica para coordinar la atención que necesite, como medicamentos, análisis de laboratorio y radiografías. También podríamos divulgar su información médica a personas externas al Centro que puedan estar involucradas en su atención médica después de que deje el Centro, como enfermeras, trabajadores sociales o familiares. También podríamos usar y divulgar su información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

El Centro registra y transmite electrónicamente información médica, incluyendo información sobre recetas médicas. La información médica se comparte y protege electrónicamente a través de redes de intercambio de información médica locales, estatales y nacionales. Estas redes tienen normas sobre el acceso a la información médica y límites para su uso y divulgación.

- **PARAPAGO.**Podemos usar y divulgar información de saludinformaciónsobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en el Centro se facturen y se le cobren a usted, a una compañía de seguros o a un tercero, como la Compensación Laboral. Por ejemplo, podríamos necesitar proporcionar a su plan de salud información sobre un procedimiento que recibió en el Centro para que nos pague o le reembolse el costo del procedimiento o la consulta. También podríamos informar a su plan de salud sobre el tratamiento que recibirá para obtener aprobación previa o para determinar si lo cubrirá.
- **PARAOPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.**Podemos usar y divulgar su información médica para nuestras actividades operativas de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar el Centro eficientemente y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica para revisar la seguridad y la calidad de nuestros tratamientos y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos combinar y analizar la información médica de muchos pacientes del Centro para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes, voluntarios y otro personal del Centro con fines de revisión y aprendizaje. Además, podemos combinar la información médica que tenemos con la información médica de otros Centros para comparar nuestro desempeño y ver cómo podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que lo identifique de este conjunto de datos médicos para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y su prestación sin conocer a los pacientes específicos.

USOS ADICIONALESYDIVULGACIONES DESALUDINFORMACIÓN

- **SEGÚN LO REQUIERALEY.**Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes o reglamentaciones federales, estatales o locales.
- **DIRECTORIO.** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del Centro mientras sea paciente del Centro. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en Nuestras instalaciones, estado general y afiliación religiosa del clero. A menos que se solicite lo contrario por escrito al Responsable de Privacidad mencionado en este documento, este directorio...

La información puede ser divulgada a personas que pregunten por usted por su nombre.

- **HOJA DE FIRMA.** Podemos usar y divulgar su información médica solicitándole que se registre al llegar al Centro. También podemos llamarlo por su nombre cuando esté listo para ser atendido.

- **RECORDATORIOS DE CITAS Y RECORDATORIOS DE PACIENTES.** Podemos utilizar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle sus citas o la atención médica que debe recibir.

- **ASOCIADOS COMERCIALES.** Algunas de nuestras funciones se realizan mediante servicios contratados por nuestros Socios Comerciales. Un Socio Comercial puede ser cualquier persona o entidad que reciba su información médica de nosotros mientras presta servicios para el Centro. Dichos servicios pueden incluir, entre otros, servicios legales, actuariales, contables, de consultoría, de gestión de datos, administrativos, de acreditación o financieros. Al contratar estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros Socios Comerciales para que puedan realizar las tareas que les hemos encomendado. Sin embargo, para proteger su información médica, exigimos que el Socio Comercial la proteja adecuadamente.

- **ALIVIO EN CASO DE DESASTRE.** Podemos divulgar información sobre usted a una entidad que colabore en tareas de socorro en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

- **RECAUDACIÓN DE FONDOS.** Podemos usar su información para recaudar fondos para el Centro y sus operaciones. Podemos divulgar información médica a una fundación relacionada con el Centro para que esta pueda contactarlo con el fin de recaudar fondos para el Centro. Solo divulgaremos información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono, y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el Centro. Si no desea que el Centro se comunique con usted para recaudar fondos, debe notificarlo al Director Ejecutivo del Centro al (989) 953-5191 y por escrito a: Jennifer White, 2790 Health Parkway, Mt. Pleasant, MI 48858. Además, cada comunicación para recaudar fondos incluirá una opción para darse de baja.

- **PRODUCTOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD.**Podemos utilizar y divulgar información de salud para informarle sobre nuestros productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

- **FAMILIA, AMIGOS U OTRAS PERSONAS INVOLUCRADA EN SU CUIDADO. PAGOSTPARA TI CUIDADO** . Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un familiar, su representante personal u otra persona involucrada o responsable de su atención médica sobre su ubicación en el Centro, su estado general o en caso de fallecimiento. También podemos divulgar información a alguien que ayude a gestionar el pago de su atención. Si puede y está disponible para aceptar u oponerse, le daremos la oportunidad de hacerlo antes de realizar estas divulgaciones, aunque podríamos divulgar esta información en caso de desastre, incluso a pesar de su objeción, si lo consideramos necesario para responder al desastre o la situación de emergencia. Si no puede o no está disponible para aceptar u oponerse, utilizaremos nuestro mejor criterio en cualquier comunicación con su familia, representante personal u otras personas involucradas.

- **INVESTIGACIÓN.** En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar información de salud

sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro, para la misma afección. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y el uso que se hará de la información médica, buscando un equilibrio entre las necesidades de la investigación y la necesidad de privacidad de la información médica de los pacientes. Antes de usar o divulgar información médica para investigación, el proyecto deberá haber sido aprobado mediante este proceso de aprobación. Sin embargo, también podemos divulgar información médica sobre usted a personas que se preparen para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que revisen no salga del Centro.

- **PARA PREVENIR UNA GRAVE AMENAZA PARA LA SALUDOSEGURIDAD.**Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, la salud y seguridad del público o de otra persona. Por ejemplo, podemos notificar al personal de emergencias sobre una posible exposición al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, dicha divulgación solo se realizará en la medida en que lo exijan o permitan las leyes y regulaciones federales, estatales o locales.

- **CAMBIARDE PROPIEDAD.**Si el Centro se vende o se fusiona con otra organización, su información de salud/registro médico pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque usted conservará el derecho a solicitar que se transfieran copias de su información de salud a otro Centro, grupo médico, médico u otro proveedor de atención médica.

SITUACIONES ESPECIALES

- **DIRECTORES DE FUNERARIAS, MÉDICOS FORENSES Y MÉDICOS EXAMINADORES.** Podremos divulgar su información médica a funerarias según sea necesario para el desempeño de sus funciones. También podremos divulgarla a un médico forense. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su fallecimiento.

- **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD.** Podríamos divulgar su información médica a un comité de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por las leyes y regulaciones federales, estatales o locales. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, inspecciones, revisiones de licencias, investigaciones de conductas ilegales y el cumplimiento de otras leyes y regulaciones. 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.

- **RECLUSOS.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar información de salud sobre usted a la institución o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley, si la divulgación es necesaria (a) para que la institución le brinde atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad y la salud y seguridad de los demás; o (c) para la seguridad y protección de la institución correccional.

- **APLICACIÓN DE LA LEY.** Podemos divulgar información si un funcionario encargado de hacer cumplir la ley nos lo solicita en las siguientes circunstancias: (a) en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, requerimiento o proceso similar; (b) para identificar o localizar a un sospechoso fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; (c) sobre la víctima de un delito, si, en determinadas circunstancias limitadas,

no podemos obtener el consentimiento de la persona; (d) sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva; (e) sobre una conducta delictiva en el Centro; (f) en situaciones de emergencia para denunciar un delito; la ubicación de un delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

- **DERECHOS Y CONTROVERSIAS.** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en la medida expresamente autorizada por un tribunal o una orden administrativa. También podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos razonables para notificarle sobre la solicitud (que puede incluir una notificación por escrito) y usted no ha objetado, o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

- **MILITARES Y VETERANOS.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podremos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares. También podremos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras competentes.

- **ACTIVIDADES DE SEGURIDAD NACIONAL E INTELIGENCIA.** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- **ORGANIZACIONES DE ADQUISICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

- **SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA EL PRESIDENTE Y OTROS.** Podemos divulgar información médica sobre usted para autorizar a funcionarios federales para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

- **INFORMES SOBRE SALUD PÚBLICA.** Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente: (a) para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (b) para informar nacimientos y fallecimientos; (c) para denunciar el abuso o la negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes; (d) para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; (e) para notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar utilizando; y
(f) notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

- **VÍCTIMAS DE ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMÉSTICA.** Podemos divulgar su información médica para notificar a la autoridad gubernamental competente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación cuando lo exija o autorice la ley.

- **COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES.** Podríamos divulgar su información médica para programas de compensación laboral o similares. Estos programas brindan beneficios relacionados con el trabajo.

lesiones o enfermedades.

- **AUTORIZACIONES DE SEGURIDAD.** Podemos utilizar su información médica para tomar decisiones sobre su idoneidad médica para una autorización de seguridad o servicio en el extranjero. También podemos divulgar su determinación de idoneidad médica a los funcionarios del Departamento de Estado que necesiten acceder a dicha información para estos fines.

- **EQUIPOS DE PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO.** Podemos divulgar información de salud a una agencia gubernamental estatal o local o a un equipo de personal multidisciplinario relevante para la prevención, identificación, manejo o tratamiento de un niño abusado y sus padres, o abuso y negligencia de ancianos.

- **CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN DE SALUD.**En algunas circunstancias, su información médica puede estar sujeta a restricciones adicionales que podrían limitar o impedir algunos usos o divulgaciones descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Por ejemplo, existen restricciones especiales sobre el uso o la divulgación de ciertas categorías de información médica, como: (a) información sobre el tratamiento del SIDA y resultados de pruebas de VIH; (b) tratamiento para afecciones de salud mental y notas de psicoterapia; (c) información sobre el tratamiento del alcoholismo, el abuso de drogas y la dependencia química; y/o (d)
Información genética; todos están sujetos a restricciones especiales. Además, los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medicare o Medicaid, también pueden limitar la divulgación de información del paciente para fines no relacionados con el programa.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

- **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR .**Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente, esto incluye historiales médicos y de facturación, pero puede no incluir cierta información de salud mental. Si solicita una copia de su información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención, podríamos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío u otros suministros relacionados con su solicitud. Para inspeccionar y copiar la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito a:

  Ciudadanos de Isabella por la Salud,
  Inc. 2790 Health Parkway
  Mt. Pleasant, MI 48858
  Atención: Registros Médicos

  Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en circunstancias específicas. Si se le niega el acceso a su información médica, puede solicitar la revisión de la denegación. Otro profesional de la salud autorizado, elegido por el Centro, revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la misma que denegó su solicitud. El Centro acatará el resultado de la revisión.

- **DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información de salud que el Centro utiliza o divulga sobre usted para su tratamiento, Operaciones de pago o atención médica. También puede solicitar una restricción o limitación en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en la

Pago por su atención médica, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se sometió.

- **DERECHO A RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE LOS SERVICIOS PAGADOS POR USTED EN SU TOTALIDAD.** Usted tiene derecho a restringir la divulgación de su información médica si dicha información se relaciona con servicios de atención médica por los cuales usted pagó en su totalidad directamente al Centro y la divulgación no es requerida de otra manera por ley.

- **DERECHO A MODIFICAR.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación de su información médica mientras el Centro la conserve. Debe presentar su solicitud de modificación por escrito y enviarla al Centro a la dirección indicada anteriormente. Debe incluir una razón que justifique su solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

  1. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
  2. No forma parte de la información de salud conservada por o para el Centro;
  3. No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
  4. Es exacta y completa.

  La ley nos permite rechazar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una persona que respalde la solicitud.

  Incluso si el Centro deniega su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una adenda por escrito, que no exceda las 250 palabras, respecto a cualquier elemento o declaración de su historial que considere incompleto o incorrecto. Si indica claramente por escrito que desea que la adenda forme parte de su historial médico, la adjuntaremos a su historial y la incluiremos siempre que divulguemos el elemento o la declaración que considere incompleto o incorrecto.

- **SOLICITAR UNA RENTABILIDAD DE LAS DIVULGACIONES.** Tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Este informe es una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica, aparte de las que realizamos para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (según se describe anteriormente), y con otras expectativas legales. Para solicitar este informe o informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al centro, a la dirección indicada anteriormente. Su solicitud debe indicar un período que no puede ser mayor de seis (6) años. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita.
  Para listas adicionales, podríamos cobrarle el costo de proporcionarlas. Le notificaremos el costo y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se genere ningún costo.

- **DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES .**Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una manera o lugar determinados. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. Debe presentar su solicitud de comunicaciones confidenciales por escrito al Centro, a la dirección indicada. arriba. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Nos adaptaremos a todos

Solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.

- **DERECHO A OBTENER UNCOPIA EN PAPELDE ESTE AVISO.**Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Puede solicitar una copia en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia impresa.
- **DERECHO A NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.** Usted tiene derecho a ser notificado si nosotros o uno de nuestros asociados comerciales toma conocimiento de una divulgación indebida de su información de salud.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado entre en vigor para toda la información médica que tengamos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en el Centro. El Aviso contendrá la fecha de entrada en vigor. Si modificamos este Aviso, le ofreceremos una copia del Aviso vigente. Puede solicitar una copia del Aviso actual cada vez que visite el Centro para recibir servicios o llamando al Centro y solicitando que se le envíe por correo.

PARA MÁS INFORMACIÓN, AARCHIVOUNA QUEJA O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, infórmenos de inmediato para que podamos abordar la situación. Puede presentar una queja ante el Centro o ante el Secretario del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

Para presentar una queja ante el Centro, envíe una queja por escrito al Oficial de Privacidad del Centro a:

Ciudadanos de Isabella por la Salud,
Inc. 2790 Health Parkway
Mt. Pleasant, MI 48858 Attn:
Director de Operaciones

Si desea discutir un problema sin presentar una queja formal, puede comunicarse con el Director de Operaciones por teléfono al (989) 953-5191 x4; o por fax al (989) 772-7656. ***No será penalizado por presentar una queja.***

OTROS USOSPARAINFORMACIÓN DE SALUD

Otros usos y divulgaciones de información médica no contemplados en este Aviso ni en las leyes que nos aplican se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar su información médica, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, suspenderemos los usos y divulgaciones permitidos por dicha autorización, salvo en la medida en que ya hayamos actuado en virtud de su autorización. Por ejemplo, no podemos retractarnos de ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su autorización.

ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN

Le pediremos que firme para confirmar que recibió este Aviso. Fecha de entrada en vigor: 15 de marzo de 2022.

Isabella Citizens for Health, Inc.

Servicios de extensión e inscripción

Isabella Citizens for Health, Inc. cuenta con Asesores de Seguros Médicos dedicados a ayudar a las personas a acceder a atención médica asequible y a obtener asistencia o inscripción en seguros. No es necesario ser paciente de Isabella Citizens for Health para recibir ayuda de nuestros Asesores.

Llame a Tara al (989) 953-5320 ext. 7 o envíe un correo electrónicotara.herald@isabellahealth.org o puede comunicarse con Derek al (989) 859-8716 oderek.gager@isabellahealth.org para programar una cita en persona.

Hay asistencia gratuita disponible para:

- Inscripción al seguro de salud o Mercado
  - Créditos fiscales premium disponibles
  - Reducciones en los costos compartidos
  - Períodos especiales de inscripción
- O Programas de Medicaid
- Inscripción al Programa de Descuento de Tarifa Móvil en el Centro
- Completar diversas solicitudes de agencias para programas de asistencia al paciente

Derechos y responsabilidades del paciente y del centro

Bienvenido al Centro. Nuestro objetivo es brindar acceso a atención médica de calidad a nuestra comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El Centro también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que comprenda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a brindarle una mejor atención. Por favor, lea este documento, háganos cualquier pregunta y luego firme la declaración de reconocimiento.

A. Derechos humanos

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto independientemente de su raza, color, estado socioeconómico, estado civil, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, estado de vivienda, origen nacional, ascendencia, discapacidad o impedimento físico o mental, edad, estado familiar, condición de veterano u otros motivos aplicables según las leyes o reglamentaciones federales, estatales y locales.

B. Pago de servicios

1. Usted es responsable de proporcionar a nuestro personal información precisa sobre su situación financiera actual y cualquier cambio en ella. El personal necesita esta información para decidir cuánto cobrarle y/o para poder facturar a su seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios a los que pueda tener derecho.

    a. El Centro ha creado un Programa de Descuento de Tarifas Variables, que permite a los pacientes que cumplen con los criterios necesarios recibir atención médica a un precio reducido. El descuento se basa en el tamaño del hogar y los ingresos. Para determinar su elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifas Variables, se le pedirá que complete una solicitud. La solicitud incluirá algunas preguntas personales sobre la situación financiera de su hogar. Se le pedirá que presente comprobante de todos los ingresos de su hogar. Esto incluye, entre otros, salario, asistencia gubernamental, manutención infantil/pensión alimenticia, prestaciones del seguro social y cualquier otra asistencia financiera. Un miembro del personal del Centro está disponible para ayudarle si lo necesita.

2. Tiene derecho a recibir una explicación de la(s) factura(s) del Centro. Debe pagar, o gestionar el pago, de todos los honorarios acordados por los servicios. Si no puede pagar de inmediato, por favor...Informar al personal para que puedan seguir brindándole atención y desarrollar su plan de pago.

    Los pacientes que pagan por sí mismos pueden pagar $75por cada encuentro médico de atención primaria en persona o un encuentro de salud conductual con un proveedor cuando el pago se realiza en el momento del servicio.
    Los pacientes que pagan por sí mismos pueden pagar $125por encuentro médico presencial con un Psiquiatra del Centro cuando el pago se realiza al momento del servicio.

3. La ley federal prohíbe al Centro negarle servicios de atención primaria médicamente necesarios solo porque no pueda pagarlos. Sin embargo, esto no aplica cuando el paciente no está dispuesto a pagar.

DO.Privacidad

Tiene derecho a mantener la privacidad de sus conversaciones, exámenes y tratamientos. Su historial médico también es privado. Solo las personas legalmente autorizadas pueden ver su historial médico, a menos que usted solicite por escrito que se lo mostremos o copiemos a otra persona. En ciertos casos, el Centro podría estar obligado a informar al Departamento de Salud Comunitaria de Michigan sobre su estado de salud o enfermedad. Se le proporcionará una explicación completa de sus derechos de privacidad, denominada Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro, junto con este documento. El personal le solicitará que confirme su recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad establece las formas en que el Centro puede usar o divulgar su historial médico y los derechos que le otorga la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

D.Cuidado de la salud

1. Usted es responsable de proporcionar al Centro información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, para que podamos brindarle la atención médica adecuada. Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su plan de atención y tratamiento, y se le anima a hacerlo.
2. Tiene derecho a recibir información y explicaciones en un idioma que comprenda. Disponemos de servicios de traducción si los necesita. Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, su plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza del mismo; sus beneficios esperados; sus riesgos y peligros inherentes (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si las hubiera (y sus riesgos y beneficios); y el resultado esperado, si se conoce. Esta información se denomina «obtener su consentimiento informado».
3. Tiene derecho a recibir información sobre las "Directivas Anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente recomendable compartirla con usted, se la proporcionaremos a su representante legal.
4. Usted es responsable del uso adecuado de los servicios del Centro, lo que incluye seguir las instrucciones del personal y concertar y acudir a las citas programadas. Es posible que los profesionales del Centro no puedan atenderle a menos que tenga cita previa.
5. Si usted es mayor de edad, tiene derecho a rechazar tratamientos o procedimientos en la medida en que lo permitan las leyes y normativas aplicables. En este sentido, tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de rechazar dichos tratamientos o procedimientos. Es necesario que reciba esta información para que su rechazo sea "informado". Usted es responsable de las consecuencias y el resultado de rechazar tratamientos o procedimientos recomendados. Si rechaza tratamientos o procedimientos que su

Si los proveedores de atención médica consideran que es lo mejor para usted, es posible que se le solicite que firme un formulario de negativa a dar su consentimiento.

6. Tiene derecho a recibir atención médica y tratamiento razonables para su condición y dentro de nuestra capacidad. Sin embargo, el Centro no es un centro de atención de emergencias. Tiene derecho a ser transferido o referido a otro centro para recibir servicios que el Centro no pueda brindarle. El Centro no cubre los servicios que reciba de otro proveedor de atención médica.

7. Si tiene dolor, tiene derecho a recibir una evaluación y un tratamiento del dolor adecuados, según corresponda.

MI.Reglas del centro

1. Tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios del Centro. Es responsable de utilizarlos adecuadamente. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar.
2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que traiga al Centro. Es responsable de la seguridad de los niños y de la protección de los demás pacientes y de nuestra propiedad.

3. Tiene la responsabilidad de asistir a sus citas programadas y ser puntual. La falta a una cita puede causar retrasos en la atención de otros pacientes. Si no asiste a sus citas ni es puntual, podría estar sujeto a medidas disciplinarias de acuerdo con las políticas y procedimientos del Centro.

F.Quejas formales

1. Si no está satisfecho con nuestros servicios, por favor, infórmenos. Nos gustaría recibir sugerencias para mejorar nuestros servicios. El personal le guiará sobre cómo presentar una queja formal. Si no está satisfecho con la respuesta de la gerencia a su queja, puede solicitar que se presente ante la Junta Directiva del Centro.
2. Si presenta una queja formal, ningún representante del Centro lo castigará, discriminará ni tomará represalias en su contra por presentar una queja, y el Centro continuará brindándole servicios.

GRAMO.Terminación de la relación paciente/centro

Si el Centro decide que debemosdejar de tratar Como paciente, tiene derecho a recibir una notificación por escrito con antelación que explique el motivo de la decisión, y dispondrá de treinta (30) días para utilizar nuestro centro de salud. Sin embargo, el Centro puede suspender su tratamiento de inmediato, sin previo aviso por escrito, si representa una amenaza para la seguridad del personal o de otros pacientes. Tiene derecho a recibir una copia de la Política de Terminación de la Relación entre el Paciente y el Centro.

Las razones por las cuales podemos dejar de tratarlo incluyen:

1. No obedecer las reglas y políticas del Centro, como cumplir con las citas programadas;

2. Incumplimiento intencional de informar con precisión sobre su situación financiera; falta de voluntad para pagar por los servicios.

3. No comunicar intencionalmente información precisa sobre su salud o enfermedad;

4. Incumplimiento intencional de un plan de tratamiento, como instrucciones sobre cómo tomar medicamentos, prácticas de salud personales o asistir a citas de seguimiento, según lo recomendado por su(s) proveedor(es) de atención médica, y/o

5. Crear una amenaza para la seguridad del personal y/o de otros pacientes.

H.Apelaciones

Si el Centro le ha dado un aviso de terminación de la relación entre el paciente y el Centro, usted tiene derecho a apelar la decisión ante el Comité de Cumplimiento y Mejora de Procesos (CPI) del Centro.

Isabella Citizens for Health, Inc.

Política de citas perdidas y llegadas tardías

Es responsabilidad del Centro proporcionar horarios convenientes y mantener la disponibilidad para todos los pacientes. La posibilidad de que el centro de salud brinde esta disponibilidad disminuye considerablemente cuando se pierden citas o no se presentan, es decir, cuando el paciente no llama al centro de salud para cancelar o reprogramar su cita con al menos 24 horas de anticipación.

Además, es responsabilidad del centro de salud hacer todo lo razonablemente posible para no rechazar a los pacientes. El Centro reconoce que sus pacientes pueden tener dificultades para conseguir transporte confiable y, por lo tanto, podrían llegar tarde a una cita debido a circunstancias ajenas a su voluntad.

Si se pierden tres o más citas en un período de seis meses, el paciente corre el riesgo o potencialmente pierde el privilegio de recibir una cita programada con anticipación y solo se le permitirá una cita "el mismo día".

Los pacientes que llegan tarde tienen la opción de reprogramar su cita o esperar a que su proveedor los incluya en su agenda el mismo día. El Centro no puede determinar con certeza cuánto tiempo esperará un paciente que llega tarde ni si será atendido el mismo día.
Cita. Los recepcionistas evaluarán estas situaciones con los proveedores caso por caso.

Referencias

Se le derivará a los especialistas recomendados que su proveedor considere que cumplirán con sus necesidades de atención.

Tenga en cuenta que debido a la disponibilidad del especialista y al seguro en el que participa, es posible que tenga que viajar.

Isabella Citizens for Health, Inc.

Acuerdo entre el paciente y el proveedor del centro médico centrado en el paciente

Un Centro Médico Centrado en el Paciente es una alianza de confianza entre un equipo de atención médica dirigido por el proveedor y un paciente informado. Incluye un acuerdo entre el proveedor y el paciente que reconoce el papel de cada uno en el programa integral de atención médica.

Como su proveedor de atención primaria, haremos lo siguiente:

- Pregúntate cuál es tu objetivo o qué quieres hacer para mejorar tu salud.
- Le pedimos que nos ayude a planificar su atención y que nos informe si cree que puede seguir el plan.
- Crear copias escritas de los planes de atención para enfermedades más complejas.
- Recordarle cuándo debe realizarse exámenes para que pueda recibir la mejor calidad de atención.
- Le pediremos que se haga análisis de sangre antes de su visita para que el proveedor tenga los resultados en su visita.
- Explore métodos para cuidarse mejor, incluidas formas que le ayudarán a cuidarse a sí mismo.

Confiamos en usted, nuestro paciente, para:

- Cuéntanos qué sabes sobre tu salud y enfermedades.
- Cuéntanos tus necesidades e inquietudes.
- Participe en la planificación de su atención.
- Siga el plan de atención acordado o infórmenos por qué no puede hacerlo para que podamos intentar ayudarlo o cambiar el plan.
- Díganos qué medicamentos está tomando y solicite resurtidos en sus visitas al consultorio.
- Infórmenos cuándo visita a otros médicos y qué medicamentos le recetan o le cambian.
- Pídale a otros médicos que nos envíen un informe sobre su atención cuando los visite.
- Consulte con nosotros antes de consultar con otros médicos. Quizás podamos atender sus necesidades.
- Aprenda sobre el bienestar y cómo prevenir enfermedades.
- Infórmese sobre su seguro para que sepa qué cubre.
- Respétenos como individuos y socios en su cuidado.
- Mantenga sus citas según lo programado, o llame y avísenos cuando no pueda.
- Pague su parte de la tarifa de la visita cuando lo atiendan en la oficina.
- Envíanos tus comentarios para que podamos mejorar nuestros servicios.*(Es posible que le pidamos que complete una encuesta).*

Esperamos colaborar con usted como su proveedor de atención primaria en su hogar médico centrado en el paciente. Recibirá un documento inicial que acredite que ha recibido esta información.