

**WELL CARE COMMUNITY HEALTH, INC**  
203 East Main Street  
Richmond, Indiana 47374  
Telf. #: 765-973-9294 Fax: 765-973-9233  
**Intérprete: Amy Shrock**

***Bienvenidos a la Clínica de Well Care Community Health***

Usuarios de TTY, llamen a 711 o 800-325-0778

**Antes de la cita o cuando tenga la cita**

1. Comprobante de ingresos de todas las personas que trabajan en casa. Ejemplos: talones de cheque, Disability/Seguro Social, TANF, etc.  
(Hay descuentos disponibles para todos los pacientes que califican basado en sus ingresos y número de personas que viven en el hogar).
2. Identificación con foto
3. Lista de medicamentos recetados que está tomando actualmente. Las puede escribir en el formulario de Historial Médico del Paciente.
4. Copia de su tarjeta de Seguro Médico

Favor de entregar toda la información arriba junto con los formularios adjuntos a la clínica.

Horario del Atención

lunes a viernes

8:00-11:45pm 12:45-5:00 pm

Horas por la tarde-noche disponibles

Por cita

Favor de llegar a tiempo para sus citas. Si no puede venir a su cita, favor de llamar a nuestra oficina para cambiarla o cancelarla.

**Cuando la clínica está cerrada-** si tiene un problema médico o una pregunta después de las 5pm o los fines de semana, no pueden esperar al día siguiente laboral, llamen al número 765.914.1859

**Si Ud. necesita resurtir medicamentos y tiene a alguien que habla inglés por Ud. (en caso contrario, llame a la extensión de los intérpretes, la opción #7).** Marque 765.973.9294 y pulse la opción para "Refills". Necesitará dejar: su nombre, teléfono, el nombre del medicamento y la dosis. Si la clínica no le dispensa la medicina, deje el nombre de la farmacia donde enviamos su receta normalmente o donde quiere que mandemos la receta.

**Horario de Laboratorio-** lunes a viernes de 8:00 – 11:00am y 1:00 – 3:00 pm

**Si Ud. necesita hablar con una enfermera y tiene a alguien que habla inglés por Ud. (en caso contrario, llame a la extensión de los intérpretes, la opción #7):** Marque la opción "to speak with a nurse". Si tiene que dejar un mensaje en la contestadora, por favor informe lo siguiente: su nombre, teléfono, y un breve mensaje la razón por que está llamando y una enfermera lo/a llamará de regreso.

**Well Care Community Health, Inc.**

Para ponerse en contacto con una enfermera o trabajadora de la clínica durante las horas de las consultas:

**NUMERO DE TELEFONO: 765-973-9294**

**\*Para la intérprete: Opción 7**

**En la hora de almuerzo, deje un mensaje**

**Usuarios de TTY: Llamen a 711 o 800-325-0778**

**Horario de las Consultas:**

lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

La clínica está cerrada de: 11:45 a.m. – 12:45 p.m.

**Horas por la Tarde-Noche**

por cita

**Llamadas DESPUES de las Horas de las Consultas:**

Para ponerse en contacto con una enfermera por teléfono fuera del horario laboral, llame a 765.914.1859

**Well Care Community Health, Inc.**

Para ponerse en contacto con una enfermera o trabajadora de la clínica durante las horas de las consultas:

**NUMERO DE TELEFONO: 765-973-9294**

**\*Para la intérprete: Opción 7**

**En la hora de almuerzo, deje un mensaje**

**Usuarios de TTY: Llamen a 711 o 800-325-0778**

**Horario de las Consultas:**

lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

La clínica está cerrada de: 11:45 a.m. – 12:45 p.m.

**Horas por la Tarde-Noche**

por cita

**Llamadas DESPUES de las Horas de las Consultas:**

Para ponerse en contacto con una enfermera por teléfono fuera del horario laboral, llame a 765.914.1859



WELL CARE COMMUNITY HEALTH, INC.  
 203 EAST MAIN STREET  
 PHONE # 765.973.9294 FAX# 765.973.9233  
 Usuarios de TTY Llamen al 711 o 800.325.0778  
**Registro del Paciente y Cuestionario Médico**

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

Cada paciente tiene que completar el Registro de Paciente y el Cuestionario de Salud

**USE LETRAS DE MOLDE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social#: tráigalo en su primera cita

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel para Mensajes: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Ejercito: Yes  No

Estado civil: Soltero  Casado  Viudo/a  Divorciado/a  Separado/a

Hombre  Mujer  Último grado de escuela que completó: \_\_\_\_\_

**Marque uno:**

Raza: Indio (Indio Americano)  Hawái/Islas de Pacifico

Asiático  Afroamericano/Negro  Blanco  Más de una raza  No especifica

Etnicidad: Hispano/Latino  No Hispano/Latino  No especifica

Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_ Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_ Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

**Persona Responsable de los Pagos:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: (tráigalo en su primera cita)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel para Mensajes: \_\_\_\_\_

Lugar donde Trabaja: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_ Otros ingresos: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que Well Care Community Health, Inc. use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para tratamientos, pagos y opciones de atención médica (TPO). Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad. La Clínica puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a realizar TPO, como recordatorios de citas, declaraciones de pacientes, artículos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas. Tengo el derecho de solicitar a la Clínica que restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI, sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones.

\_\_\_\_\_  
Padre o Tutor del Menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firma del

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la Paciente si está firmado por un Tutor

**WELL CARE COMMUNITY HEALTH, INC**  
**Cuestionario de Salud**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que esté tomando pueden afectar su salud bucal.

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?  Sí  No

En el caso afirmativo, \_\_\_\_\_

Alguna vez haya sido hospitalizado o ha tenido alguna operación?  Sí  No

En el caso afirmativo, \_\_\_\_\_

Ha tenido una lesión a la cabeza o al cuello grave?  Sí  No

En el caso afirmativo, \_\_\_\_\_

Está tomando medicamentos, pastillas o narcóticos?  Sí  No

En el caso afirmativo, \_\_\_\_\_

Está tomando anticoagulantes?  Sí  No

En el caso afirmativo, \_\_\_\_\_

Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, u otro med. que contiene bisfosfonatos?  Sí  No

En el caso afirmativo, \_\_\_\_\_

Usa tabaco?  Sí  No

En el caso afirmativo, \_\_\_\_\_

Usa sustancias controladas?  Sí  No

En caso afirmativo \_\_\_\_\_

**Mujeres, está Ud.....**

Embarazado/Intentando quedarse embarazada?  Amamantando?  Tomando pastillas anticonceptivas?

**Tiene alergia a...**

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  
 Metal  Látex  Anestesia Local  Medicamentos de Sulfa  
 Plata  Tinta roja  Yodo  NINGUNO  
 Otro?

**En el caso afirmativo**

Ud. tiene o ha tenido:

Positivo para SIDA/VIH	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Medicina de Cortisona	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hemofilia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tratamiento de Radiación	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Alzheimer	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Diabetes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hepatitis A	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hepatitis B o C	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Anafilaxis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Adicción de narcóticos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Diálisis Renal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Anemia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Herpes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fiebre reumática	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Angina	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfisema	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Presión Alta	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Artritis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Epilepsia o Convulsiones	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fiebre escarlatina	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Válvula de corazón artificial	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sangrado excesivo	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Urticaria o Salpullido	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Herpes zoster	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Articulación artificial	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sed excesiva	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hipoglicemia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enf. De Células Falciforme	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Asma	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Desmayos/mareos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Latido de Corazón Irregular	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Prob. de Senos Nasaes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedad de Sangre	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas de riñón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Espina Bífida	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Transfusión de Sangre	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Leucemia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Estomago/Intestinal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas de respiración	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Dolores de cabeza frecuentes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedad de Hígado	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Derrame cerebral	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Se magulla con facilidad	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Presión baja	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Hinchazón de Miembros	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cáncer	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Glaucoma	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad de pulmón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Tiroides	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fallo Cardíaco/ataque	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Prolapso de la Válvula Mitral	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tonsilitis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Dolores de Pecho	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Soplo de corazón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Osteoporosis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tuberculosis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Llagas en la boca/fuegos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas Paratiroides	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Dolor en la Mandíbula	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Afición de Corazón Congénita	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Marcapasos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad venérea	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Convulsiones	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Problemas o enf. de corazón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Cuidado Psiquiátricos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			Ictericia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Pérdida de peso reciente	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Ha tendio alguna enfermedad no enumerada arriba?  Sí  No

En el caso afirmativo:

Si algún pariente consanguíneo ha sufrido alguno de los casos anteriores, enumere a continuación

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar al personal médico / dental si yo, o mi hijo menor, alguna vez tenemos un cambio en la salud médica o dental. Doy mi consentimiento para que Well Care Community Health, Inc use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para tratamiento, pago y opciones de atención médica (TPO). He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. La Clínica puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, declaraciones de pacientes, artículos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas. Tengo derecho a solicitar a la Clínica que restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI; sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones.

---

Firma del Paciente, Padre o Tutor del Menor

---

Fecha

---

Relación con el/la Paciente si está firmado por un Tutor



## Consentimiento para Cuidado Médico del Paciente

### Consentimiento de Cuidado:

Yo, el abajo firmante, para mí o para un niño / niños menores de edad u otra persona para quien tengo autoridad para firmar, por la presente doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento médicos, según lo indique un proveedor, mientras que dicha atención y tratamiento médicos se brindan a través de Well Care Community Health en forma ambulatoria / visita al consultorio. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluido el tratamiento de un proveedor de nivel medio (enfermera practicante o asociado médico) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas bajo la dirección de un médico, según se considere razonable y necesario.

### Al Paciente:

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su proveedor de atención médica sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le solicite. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo alentamos a que haga preguntas.

Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe por naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

---

### Consentimiento firmado

Por la presente doy mi consentimiento para tratar a los niños menores de edad, que son menores de dieciocho años de edad, para recibir atención médica y / o tratamiento de los proveedores de Well Care Community Health. Cualquier atención que se considere médicamente necesaria se puede proporcionar con o sin mi presencia:

Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



Medical  
Dental  
Behavioral

Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntariamente a su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor legal en letras de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Este consentimiento para el tratamiento médico permanecerá en vigor desde la fecha de la firma hasta que sea revocado por escrito.**

WELL CARE COMMUNITY HEALTH, INC.  
203 EAST MAIN STREET  
RICHMOND, INDIANA 47374  
TTY Users call 711 o 800-325-0778

**INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Nombre del Paciente:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Dirección de correo electrónico:**

**Contacto de Emergencia #1**

**Relación con el paciente:**

**Número de teléfono #1:**

**Número de teléfono # 2:**

**Podemos hablar con él/ella acerca de la información médica del paciente**

**Él/Ella puede recoger los medicamentos del paciente**

**Contacto de Emergencia #1**

**Relación con el paciente:**

**Número de teléfono #1:**

**Número de teléfono # 2:**

**Podemos hablar con él/ella acerca de la información médica del paciente**

**Él/Ella puede recoger los medicamentos del paciente**

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

Patient ID #

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE

Si Ud. tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Kimberly Flanigan, RN en el Centro de Salud al 765-973-9294 o en 203 East Main Street, Richmond, IN 47374.

### **QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO**

Este aviso describe información sobre prácticas de privacidad seguidas por nuestros empleados, personal y otro personal del Centro de Salud. Cuando su proveedor no está disponible, los proveedores de atención médica que usted consulta por teléfono y le brindan "cobertura de llamadas" seguirán las prácticas descritas en este aviso.

### **SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Este aviso se aplica a la información y registros que tenemos sobre su salud, estado de salud y la atención médica y los servicios que recibe en el Centro de Salud.

La ley nos exige darle este aviso. Le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar información de salud sobre usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información.

### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

**Para tratamiento.** Podemos utilizar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, personal del Centro de Salud u otro personal involucrado en el cuidado de usted y su salud.

Por ejemplo, es posible que su proveedor lo esté tratando por una enfermedad cardíaca y deba saber si tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El proveedor puede usar su historial médico para decidir qué tratamiento es mejor para usted. El proveedor también puede informarle a otro proveedor sobre su afección para que ese proveedor pueda ayudarlo a determinar la atención más adecuada para usted.

Otros empleados en el Centro de Salud puede compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan en el Centro de Salud para coordinar su atención, como llamar recetas a su farmacia, programar pruebas de laboratorio y ordenar radiografías. Los familiares y otros proveedores de atención médica pueden ser parte de su atención médica fuera del Centro de Salud y pueden precisar información sobre usted que tenemos.

**Para pago.** Podemos usar y divulgar su información de salud para que se le facturen los tratamientos y servicios que recibe en el Centro de Salud y se le pueda cobrar a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí para que su plan de salud nos pague o le reembolse el servicio. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa, o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento

**Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para administrar el Centro de salud y asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal que lo atiende. También podemos usar información de salud sobre todos o algunos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.

**Recordatorios de citas.** Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica en el Centro de Salud.

**Alternativas de tratamiento.** Podemos informarle sobre o recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan interesarle.

**Productos y servicios relacionados con la salud.** Podemos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Notifíquenos si no desea que lo contactemos para solicitar recordatorios de citas, o si no desea recibir comunicaciones sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si nos avisa por escrito (a la dirección que aparece en la parte superior de este Aviso) que no desea recibir dicha comunicación, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estos fines.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

Podemos usar o divulgar su información de salud sin su permiso para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona.

**Requerido por la ley.** Divulgaremos su información de salud cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.

**Investigación.** Podemos usar y divulgar su información de salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso especial de aprobación. Le pediremos su permiso para que el investigador tenga acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o si participará en su atención en el Centro de salud.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un 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 dicha donación y trasplante.

**Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de inteligencia o seguridad nacional, el comando militar u otras autoridades gubernamentales nos pueden solicitar que divulguemos su información de salud. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

**Compensación del trabajador.** Podemos divulgar su información de salud para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de salud pública.** Podemos divulgar su información médica por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o informar acerca de nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a los medicamentos o problemas con los productos.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones o propósitos de licencia. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que determinadas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y disputas.** Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, citación o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

**Información no identificable personalmente.** Podemos usar o divulgar su información de salud de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted.

**Familiares y amigos.** Podemos divulgar su información de salud a los miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y no plantea una objeción. También podemos divulgar su información de salud a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias, de acuerdo con nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos asumir que acepta que divulguemos su información personal de salud a su cónyuge cuando traiga a su cónyuge a la sala de exámenes durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento

En situaciones en las que no sea capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), podemos, mediante nuestro juicio profesional, determinar que una divulgación a su familiar o amigo es lo mejor para usted. En esa situación, divulgaremos solo información de salud relevante para la participación de la persona en su atención. Por ejemplo, podemos informarle a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque al corazón y proporcionar actualizaciones sobre su progreso y pronóstico. También podemos usar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer deducciones razonables de que es lo mejor para usted permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, medicamentos recetados, suministros médicos o radiografías.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún otro propósito que no sean los identificados en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica por escrito. Debemos obtener su *Autorización*. Si otorga la *Autorización* para usar o divulgar su información de salud, puede revocar dicha *Autorización*, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su *Autorización*, ya no usaremos ni divulgaremos su información por las razones cubiertas por su *Autorización* por escrito, pero no podemos cancelar ningún uso o divulgación que ya haya hecho con su permiso.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

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 su información de salud, como registros médicos y de facturación, que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe enviar una solicitud por escrito a Kimberly Flanigan, RN, COO para inspeccionar y / o copiar su información de salud. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados. Podemos negar su pedido de inspeccionar y / o copiar en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede solicitar que se revise la denegación. Si la ley exige dicha revisión, seleccionaremos a un profesional de la salud con licencia para que revise su solicitud y nuestra denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a enmendar** Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que el Centro de Salud guarde la información.

Para solicitar una enmienda, complete y envíe un Formulario de Rectificación / Corrección de registros médicos a Kimberly Flanigan, RN, COO. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye un motivo para respaldar la solicitud.

- a. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita modificar información que:
- b. No creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación.
- c. No es parte de la información de salud que guardamos.
- d. No se le permitiría inspeccionar y copiar.
- e. Es preciso y completo

**Derecho a un informe de divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud por escrito a Kimberly Flanigan, RN, COO. Debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). Podemos cobrarle 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 incurrir en los costos.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que tuvo.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

## **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una denuncia ante el Centro de Salud o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el Centro de Salud, comuníquese con Kimberly Flanigan, RN, COO 765-973-9294. Usted no será penalizado por presentar una queja.

**Well Care Community Health, Inc.**

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**RECONOCIMIENTO**

Entiendo que, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de pagadores terceros.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entiendo su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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

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

Testigo: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

I attempted to obtain the patients signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below.

Date:	Initials:	Reason:
-------	-----------	---------



# EL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DEL CONDADO DE WAYNE

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA EL PACIENTE

Quisiéramos saber qué piensa usted de los servicios de salud que ofrecemos para asegurarnos que satisfacemos sus necesidades. Sus respuestas se tomarán en cuenta para mejorar nuestros servicios. Sus respuestas serán tomadas confidencialmente y anónimamente. ¡Gracias por su tiempo!

### Su Edad:

Menos de 18	<input type="checkbox"/>	55 a 64	<input type="checkbox"/>
18 a 24	<input type="checkbox"/>	65 a 74	<input type="checkbox"/>
25 a 34	<input type="checkbox"/>	75 o más	<input type="checkbox"/>
35 a 54	<input type="checkbox"/>		

### Su Sexo:

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

### Su Raza/Etnicidad:

Oriental	<input type="checkbox"/>	Blanco (No Hispano ni Latino)	<input type="checkbox"/>
Isla Pacífica	<input type="checkbox"/>	Hispano o Latino (Todas las Razas)	<input type="checkbox"/>
Negro / Africano Americano	<input type="checkbox"/>	Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>

Por favor califique los servicios en las siguientes áreas y circule el número de acuerdo con la calidad de cada servicio:

MUY BUENO: 5                      BUENO: 4                      REGULAR: 3                      MAL: 2                      MUY MAL: 1

### Facilidad de recibir cuidado:

	5	4	3	2	1
Habilidad para obtener una cita:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horas de servicio del Centro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar donde se encuentra el Centro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidez en contestarle por teléfono:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### El Consultorio:

	5	4	3	2	1
Tiempo en la sala del Centro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo en el cuarto de examen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo que espera para que le hagan un examen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo de espera para obtener los resultados del examen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# EL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DEL CONDADO DE WAYNE

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA EL PACIENTE

### Proveedor (Doctor, Dentista, Asistente Médico, Enfermera Practicante) Empleados:

	Excelente (5)	Bueno (4)	OK (3)	Regular (2)	Mal (1)
Le escuchan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se toman suficiente tiempo con usted:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le explican lo que usted quiere saber:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dan buenos consejos y tratamiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Enfermeras:

	Excelente (5)	Bueno (4)	OK (3)	Regular (2)	Mal (1)
Son amistosos y amables cuando le ayudan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contestan sus preguntas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Todos Los Demás:

	Excelente (5)	Bueno (4)	OK (3)	Regular (2)	Mal (1)
Amables y dispuestos en ayudarle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contestan sus preguntas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Pago:

	Excelente (5)	Bueno (4)	OK (3)	Regular (2)	Mal (1)
Lo que usted paga:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explicación de cargos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colección de pago / dinero:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# EL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DEL CONDADO DE WAYNE

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA EL PACIENTE

--	--	--	--	--	--

### Lugar:

	Excelente (5)	Bueno (4)	OK (3)	Regular (2)	Mal (1)
El consultorio está en orden y limpio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fácil de encontrar el lugar donde debe ir:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente cómodo y seguro cuando está esperando:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay privacidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Confidencialidad:

	Excelente (5)	Bueno (4)	OK (3)	Regular (2)	Mal (1)
Mi información personal se mantiene en privado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La probabilidad de recomendar a parientes y amistades:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ¿Considera esta clínica su Centro de cuidado principal?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ¿Qué es lo que más le gusta de nuestro Centro? ¿Qué es lo que menos le gusta de nuestro Centro? ¿Tiene sugerencias para mejorar?

--

¡Gracias por su tiempo en llenar esta encuesta!