



411 East Jefferson St. * Waxahachie, TX 75165

972-923-2440 phone * 972-923-2445 fax

Bienvenido a Hope Clinic

Por favor proporcione la siguiente documentación con su formulario de inscripción completo:

Los pacientes asegurados (Medicaid/Medicare/Private Insurance)

- Tarjeta de Seguro – tenemos que hacer una copia de su tarjeta cada vez que tenga cita
- Foto I.D. o de licencia de conducir

Si desea solicitar un descuento variable de honorarios, por favor traiga la siguiente prueba de la renta de diámetro interior con su foto o licencia de conducir:

- Preferimos una declaración de impuestos en el año actual, pero también puede proporcionar un mes de talones de cheques (si le pagan semanalmente por favor traiga 4 talones de cheques, cada dos semanas o cada dos traer 2 talones de cheques y mensuales traer 1 talón de cheque)
 - Si tiene ingresos que están indocumentados por favor pregunta qué documento necesita entregar
- Ingreso de Seguro Social
- Pensión alimenticia
- Ingresos por incapacidad
- Sustento de Menores
- TANF
- Cupones de Alimentos (SNAP)

DEPENDIENTES SON LO SE CUENTAN SI USTED PROPORCIONA UNA DE LAS SIGUIENTES:

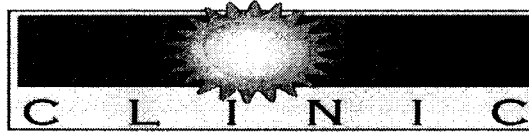
- Declaración de Impuestos (presentado en el año actual) con los dependientes de
- Certificado de nacimiento
- Licencia de matrimonio
- Papeles de adopción
- Prueba de Tutela Legal

***Médicos, dentales, de salud del comportamiento y de los laboratorios de todo tienen descuentos móvil de tarifas separadas**

****Se requiere la documentación anterior para calificar para el programa de descuento de honorarios**

Cada paciente tendrá que pagar por sus servicios

Tasas o copagos pueden variar en función del servicio (s). Puede pedir al personal de recepción sobre cualquier cargo esperados.



REGISTRO DEL PACIENTE

411 E. Jefferson St. Waxahachie, TX 75165 Phone: (972) 923-2440 Fax (972) 923-2445			
<i>Toda la informacion sera estrictamente confidencial. (Escribe)</i>			
Apellido:		Nombre:	
Dirección:		Ciudad:	
Generación:		Identidad de género: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Trans Man <input type="checkbox"/> Trans Woman <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> other	
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Gay Lesbian <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> other (_____) <input type="checkbox"/> Unknown			
Sexo: M F	Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>		Número de seguro social:
Fecha de nacimiento:	Numero de telefonico:	Numero de trabajo:	Numero celular/alternativo:
Correo electrónico:		¿Podemos dejar un mensaje en el teléfono de contacto de llamada de vuelta?	
Paciente Raza: <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Africano Americano/Negro <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiiin <input type="checkbox"/> Otro Polinesio <input type="checkbox"/> Más de una raza			
Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		Condado de residencia	Idiomas hablados
		Estudiante FT PT No	
Sin Hogar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajo en Agricultura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es usted un trabajador migratorio o de temporada Migratorio Temporada
Nombre de conyuge/Padre	Conyuge/Padre numero de telefono	Nombre de la persona financieramente responsable de paciente:	Yo <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>
Dirección de persona responsable		Numero de telefono	Fecha de nacimiento de persona responsable / / /
			Numero seguro social de persona responsable:
Nombre de empleador:	Dirección	Ciudad	Codigo Postal Telefono de la empresa
Razon de la visita:			
Seguro			
<i>Si usted no tiene seguro pregunte por nuestro descuento movil de honorarios</i>			
Medicare: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicare #	Medicaid Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicaid # Fecha efectiva
Securo Secundario		Dirección	Nombre de Grupo: # Policia # Grupo
Segurancia primera	Dirección	Numero de telefonico	¿Es un seguro a trave's de su empleador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor / / /		# Policia # Grupo
Nombre de segunda segurancia	Dirección	Numero de Telefonico	# Policia # Grupo
En Caso de Emergencia			
Nombre de amigo localo familiar (que no viva en la misma dirección):		Relacion al paciente	Numero de telefonico Numero celular/alternativo
Autorización del seguro privado para la asignación de beneficios/liberación información. Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a Ellis County Coalición para la salud de la Clínica Hope Opciones dba por los servicios prestados por el médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto no cubierto por el contrato. Tambièn autorizo a que relese a mi compañía de seguros o su agente información concerniente a la salud, el asesoramiento, el tratamiento de los suministros provied para mí. Esta información se utilizará para el propósito de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.			
Paciente, padre, firme de o tutor (si es menor de 18 a ños)			Fecha



Aplicación de Tarifas Escala de Descuento

411 E. Jefferson St. Waxahachie, TX 75165

Phone: (972) 923-2440 Fax (972) 923-2445

Toda la informacion sera estrictamente confidencial. (Escribe)

Como una FQHC, somos capaces de ofrecer una tarifa con descuento basada en su capacidad de pagar. Para calificar para este deslizamiento descuento, debe completar esta solicitud y facilitar la verificacion de sus ingresos.

Informacion de cabeza de familia:

Nombre:	Numero Social	Fecha de nacimiento ____/____/____	Condado
Numero de dependes	Estado Civil [] Soltero [] Casado [] Viudo [] Divorciado		

Si no tiene ingresos: La elegibilidad es valida por un mes solamente (pregunte por tros opciones).

Informacion de Ingresos: Por favor complete para todos los adultos del hogar que esten empleados.

Se requiere pruebas de ingresos (impuestos del a ño y/o los cuatro ultimos talones de checkes del mes) De lo contrario, tendra que pagar precio completo por su servicio.

Persona empleada/paciente	Nombre de compania	Ingreso (Antes de taxes)	¿Cada Cuando te pagan?
		\$	[] Semana [] 2 ueces al mes [] Mes [] Cada 2 semanas
		\$	[] Semana [] 2 ueces al mes [] Mes [] Cada 2 semanas
Otras fuentes de ingreso	Pension \$	TANF \$	Pension/Jubilacion \$
Manotencion de menores \$	Discapacidad \$	S.S.I \$	Numero Social \$
Desempleo \$	Otro \$	Otro \$	Otro \$

Informacion de Hogar: Lista TODAS las personas que viven en el hogar, incluyendo la cabeza la familia.

Nombre:	Feche de nacimiento	Relacion	Edad	Empleado/a	Ingresos
1	____/____/____			Sí / No	
2	____/____/____			Sí / No	
3	____/____/____			Sí / No	
4	____/____/____			Sí / No	
5	____/____/____			Sí / No	

Al firmar, yo estoy de acuerdo en que Hope Clinic puede contactar cada empleador y/o agencia para confirmar mis ingresos. Proporcionare a Hope Clinic con prebas de mis ingresos con el fin de calcular mi descuento. Me pediran documentar mis ingresos con regularidad (anualmente si porporciono pruebas de impuestos del a ño, talones de checkes del mes o seguro). Estoy de acuerdo en informar a Hope Clinic, si hoy cambios en mis ingresos, tamano del Hogar o cobertura de seguro. Entiendo que ciertos servicios y/o articulos no pueden ser rebajados. Estoy de acuerdo en pagar mi copago en el momento de servicio. Certifico que la informacion que he proporaonado es correcta.

Firma del Solicitante _____

Fecha _____

Firma de tutor o poder notarial _____

Fecha _____

OFFICE USE ONLY

Date Application Received:	Patient Chart #	
Employee Initials:	Sliding Scale : [] A [] B [] C [] D [] No Income	
Type of Income Provided:	[] Medicaid [] Medicare [] Private Insurance [] Ellis County Indigent	
	Dates of Eligibility: From: ____/____/____ To ____/____/____	Patient Notified of Slide Fee? [] Yes [] No



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Sus derechos:

- Usted no va a ser objeto de discriminación sobre la base de ingresos, raza, color, origen nacional, sexo, estado civil, altura, peso, historia de arresto, discapacidad o otros motivos no permitido por la reglamentación federal, estatal, y las leyes y / o reglamentos locales
- Ser tratado con cortesía y respeto de una manera culturalmente sensible por todos Hope Clinic Staff
- Toda su información es confidencial
- Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su información médica
- Usted tiene el derecho a la intimidad; las personas que le acompañen tendrán que esperar en la sala de espera para usted, a menos que se indique lo contrario por usted
- Usted tiene el derecho a recibir la mejor atención posible y tener otras opciones para el cuidado expliqué
- Usted tiene el derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por las leyes y reglamentos aplicables.
- Usted tiene el derecho de revisar una copia de todas las facturas presentadas a su compañía de seguros
- Usted no va a negar los servicios debido a la incapacidad de pago
- Un traductor estará disponible para ayudarle si usted no habla o no entiende Inglés
- Usted tiene el derecho a la información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que usted entienda
- Usted tiene el derecho a recibir información sobre las "directivas anticipadas" (final de la vida)
- Usted tiene derecho a dar su consentimiento para los servicios prestados en la Hope Clinic

Sus Responsabilidades:

- Llegue a tiempo a su cita
- Usted es responsable de dar a su personal de información precisa sobre su estado financiero actual y / o cualquier cambio en su situación financiera
- Usted es responsable de pagar, o disponiendo el pago, todas las tarifas acordadas por los servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales, que se proporcionan sobre una base de prepago.
- Ven con padre custodio / tutor legal, si es menor de edad, siempre que sea posible
- Llame Hope Clinic al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a una cita
- Proporcionar Hope Clinic con información actual sobre su seguro, dirección, nombre y número de teléfono para el seguimiento
- Proporcionar una historia médica completa y exacta al personal
- Asesoramiento personal si usted no entiende cualquier aspecto de su tratamiento
- Siga las recomendaciones y los consejos de su profesional médico / dental
- Háblenos de complicaciones inesperadas que pueden ocurrir durante el curso de su tratamiento
- Ser considerado con los derechos y privacidad de otros pacientes

Usted y su familia tienen derecho a que sus elogios, preocupaciones y quejas sean escuchadas y atendidas. Por favor llame Hope Clinic y pedir un miembro del equipo de gestión a 972-923-2440.



Historia de la Medicina

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Usted sufre de cualquiera de los siguientes? (Por favor marque Sí o No)

Alérgica a la anestesia	Sí	No	Artritis	Sí	No	Enumere los medicamentos actuales:	
Trastornos de coagulation de sangre	Sí	No	Depresión	Sí	No		
Endurecimiento de las arterias	Sí	No	Dermatosis	Sí	No		
Dolor de pecho	Sí	No	Articulación protésica/Válvulas	Sí	No		
Tobillos hinchados	Sí	No	La quimioterapia/radioterapia	Sí	No		
Hipertensión	Sí	No	Tratamiento para la osteoporosis	Sí	No		
Problemas del corazón	Sí	No	Cáncer	Sí	No		
Soplo cardíaco	Sí	No	Anemia	Sí	No		
Enfermedad/fiebre reumática	Sí	No	Convulsiones	Sí	No		
Carrera	Sí	No	La alergia al látex	Sí	No		
Sangrado prolongado	Sí	No	Los esteroides	Sí	No		
Tuberculosis	Sí	No	El trasplante de órganos	Sí	No		
Enfisema	Sí	No	Problemas del tracto urinario	Sí	No	¿Ha tenido alguna cirugía? En caso afirmativo, especifique el tipo y fecha a continuación.	
Mareo/Vértigo	Sí	No	El uso de drogas recreativas	Sí	No		
Problemas del oído/nariz/garganta	Sí	No	Problemas de la vista	Sí	No		
Dolores de cabeza frecuentes	Sí	No	Asma	Sí	No		
Problemas de audición	Sí	No	La terapia de aspirina	Sí	No		
Enfermedad renal	Sí	No	Tos que dura 6 semanas o más	Sí	No		
Diabetes	Sí	No	Alergias estacionales	Sí	No		
Enfermedad de la tiroides	Sí	No	Enfermedad mental crónica	Sí	No		
Enfermedad del hígado	Sí	No	Glaucoma	Sí	No		
Hepatitis	Sí	No	Cirugía con barras/los pernos/tornillos			Sí No	
Enfermedad de transmisión sexual	Sí	No	Alergia a medicamentos	Sí	No		
VIH/SIDA	Sí	No	¿Enfermedades de los órganos reproductivos? (Próstata, testículos, pene, útero, ovarios, cuello uterino) Especifique:	Sí	No	¿Tiene parientes sanguíneos sufrido alguno de los siguientes? En caso afirmativo, especificar cuáles relativa.	
Dificultad para respirar	Sí	No					
Problemas estomacales/Intestinales	Sí	No				Enfermedad del corazón	
¿Está embarazada?	Sí	No	¿Cuándo fue su última inmunización para:			Cáncer	
¿Está dando el pecho?	Sí	No	Tétanos			Enfermedad de la sangre	
¿Bebe alcohol?	Sí	No	Neumonía			Hipertensión	
¿Utiliza el tabaco?	Sí	No	¿Quieres ayuda para dejar de fumar?			Diabetes	
OB Historia (Sólo mujeres)							Enfermedad renal
Fecha de la última menstruación:			Es El:	Vivo/Fallecido	¿Qué problemas de salud tienen / tenían?		Carrera
# de embarazos			Padre			Asma	
# de niños que viven			Madre			De células falciformes	
¿Tuvo diabetes gestacional?			Hermano/a			La enfermedad pulmonar	
¿Hubo bebés de más de 9 libras?			Hermano/a			Convulsiones	
¿Está utilizando el control de la natalidad? Tipo?			Hermano/a			Migraña	
¿Está la menopausia?			Hermano/a			Glaucoma	
Fecha de la última mamografía:	Normal		Fecha del último examen mujer bien			Normal	
Ubicación:	Anormal		Ubicación:			Anormal	

Yo certifico que he leído y comprendido lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiere, acerca de las consultas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. No voy a responsabilizar a mi médico/dentista o cualquier otro miembro de su personal responsable de los errores u omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma del paciente/tutor _____

Fecha _____



Reconocimiento de Pacientes

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y revelada y como yo puede tener acceso a esta información. Las copias de nuestro Aviso de prácticas de privacidad pueden encontrarse en nuestra página web, www.call4hope.org, en virtud de la Sección de Información del Paciente. También puede revisar este aviso en nuestros grupos de presión del paciente, o solicitar una copia impresa de la recepción. Por la presente reconozco que he revisado una copia de la Clínica de la Esperanza Notificación de práctica privada.

Iniciales: _____

Reconocimiento de Revisión de Derechos y Responsabilidades del Paciente

Este aviso describe las responsabilidades del paciente a Hope Clinic. Acepto todas las condiciones como se describe en Derechos y Responsabilidades del Paciente. Si tengo más preguntas sobre los Derechos y Responsabilidades del Paciente, puedo dirigirlos al personal de la clínica.

Iniciales: _____

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente y voluntariamente consiento a autorizar a los proveedores de la clínica para proporcionar servicios de atención médica a mí en la clínica. Los servicios de atención de la salud pueden incluir, sin limitación, la evaluación física y mental de rutina; diagnóstico y seguimiento de pruebas y procedimientos; exámenes y tratamiento médico y / o dental; rutina de los procedimientos de laboratorio y pruebas; radiografías y otros estudios de imagen; administración de medicamentos; y los procedimientos y tratamientos prescritos por los proveedores de cuidado de la salud de la clínica. Los servicios de atención de la salud también pueden incluir el asesoramiento necesarios para recibir los servicios adecuados, incluyendo la planificación (como se define por las leyes y reglamentos federales) familia. Una persona que firma un consentimiento general para la realización de pruebas o procedimientos médicos no está obligado a firmar también o se presentará con un formulario de consentimiento específico relativo a prueba o procedimientos médicos para determinar la infección por VIH, los anticuerpos contra el VIH, o infecciones con cualquier otra, probablemente, agente causante del SIDA, que se realiza en la persona durante el tiempo en el que el formulario de consentimiento general es en efecto. Entiendo que se me pedirá que firme un consentimiento general informado por separado para las vacunas administradas a mí y que me pedirá que firme un consentimiento informado por separado para la vacuna contra la influenza (gripe). Entiendo que no es una forma de consentimiento por separado que se me puede pedir que firme para los procedimientos llevados a cabo en la oficina. Yo entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y mi consentimiento es dado saber esto. Entiendo que este consentimiento es válido y permanece en efecto mientras yo soy un paciente de la clínica, hasta que yo retire mi consentimiento, o hasta que la clínica cambia sus servicios y me pide que completar un nuevo formulario de consentimiento.

Iniciales: _____

Copago Política

Algunas compañías de seguros de salud requieren que el paciente que pagar un co-pago por los servicios prestados. Se espera y se aprecia en el momento de prestart el servicio para el paciente que pagar en cada visita. Si se presenta la prueba de ingresos, usted puede calificar para utilizar nuestra escala de tarifas por los servicios que no están cubiertos por su seguro o por los cargos que se aplican a su deducible. Esto no se aplica a los cargos que requieren un pago copago o conaseguro determinado por su compañía de seguros. Gracias por su cooperación en este asunto.

Iniciales: _____

Cancelaciones / Política de No Arribo

Entendemos que puede haber ocasiones en las que falta a una cita debido a emergencias u obligaciones de trabajo o la familia. Sin embargo, le recomendamos que llame a las 24 horas antes de la cancelación de su cita. Si usted no cancela 24 horas antes de su cita, se considerará una cita perdida. Si no se presenta durante tres (3) períodos consecutivos, usted puede ser dado de alta de la atención. La clínica le notificará por escrito, vía correo certificado, si el alta de la atención.

Iniciales: _____

Los pacientes Efectivo de Pago

Yo no tengo seguro de salud y seré responsable por los servicios prestados en la Hope Clinic. Estoy de acuerdo en pagar el importe total y completa por el tratamiento dado a mí o al paciente abajo mencionado en la fecha se prestan los servicios. También entiendo que seré considerado como un "costo total" paciente si no se presenta la prueba de ingresos o si mis ingresos están por encima del 200% de las Directrices Nivel de Pobreza Federal.

Iniciales (escriba N / A si no es efectivo pago): _____

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a cualquier personal de la Hope Clinic o proveedores a participar en una comunicación verbal o por escrito a la persona (s) que figuran a continuación con respecto a mi historial médico, registros médicos, citas y / o información relativa a mi cuenta y / o historial de facturación con Hope Clinic. Yo entiendo que si no escribo los nombres de los familiares y / o amigos no se les dirá a cualquier información relacionada con mi visita (s) con Hope Clinic.

Iniciales: _____

Nombre

Fecha

Relación

Ok dejar el mensaje? Sí No

Número de teléfono: _____

Nombre

Fecha

Relación

Ok dejar el mensaje? Sí No

Número de teléfono: _____

Nombre

Fecha

Relación

Ok dejar el mensaje? Sí No

Número de teléfono: _____

Asimismo, autorizo a la Clínica Esperanza para liberar a las agencias que estoy siendo referido, cualquier información adquirida en el curso de mi o el examen y tratamiento del paciente abajo mencionado, según sea necesario.

Iniciales: _____

He leído y comprendido la información anterior, y estoy de acuerdo con los términos descritos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que son respondidas a mi satisfacción. Si yo no soy el paciente, certifico que estoy autorizado por la ley para estar de acuerdo con estas condiciones de tratamiento en nombre del paciente.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

Garante Firma (Si el garante no es el paciente)

Imprimir garante nombre



411 E Jefferson Waxahachie TX 75165
Phone: (972)923-2440 – Fax: (972)923-2445

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Previous Name: _____ Social Security: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone: _____

I authorize Hope Clinic To

- Release Health Care Information of the Patient Named Above To:
- Obtain Health Information From:

Term:

This Authorization will remain in effect:

- From the date of this Authorization until the _____ day of _____, 201_____.
- Until the Provider fulfills this request.

Name: _____ Phone: _____

Address: _____ City: _____ State/Zip _____

- All Medical or Dental Records
- Complete Transfer of Care

Until the following event occurs: Specified: _____ Contact Person: _____

- You have the right to revoke this authorization in writing unless the Medical Records (PHI) have already been released or if otherwise prohibited by state or federal law.
- Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be a condition to release Medical Records (PHI). A signed authorization is a requirement in order for Medical Records (PHI) to be released.
- When this information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by above party and may no longer be protected by the federal HIPAA Privacy Rule. Hope Clinic will continue to maintain the confidentiality of our patient's medical records (PHI) mandated by the federal HIPAA Privacy Rule.

Definition: Sexually transmitted Disease (STD) as defined by law, includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereum, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

Yes No I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

Yes No I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

If medical records are released directly to the patient, a fee of \$15.00 for the first 20 pages and \$0.25 for each additional page applies.

Patient Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

If you are not the patient signing this form, what is your relationship to the patient?
____ Legal Guardian _____ Parent of Minor _____ Power of Attorney



Resumen de las Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con la Clínica de Hope Oficial de Privacidad al: **(972)-923-2440**

QUIÉN DEBE CUMPLIR CON LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRITAS EN ESTE AVISO

Este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") describe las prácticas de privacidad la Clínica Hope (la "Clínica") y sus miembros la fuerza de trabajo (incluyendo a los empleados, contratistas, médicos, enfermeras, otros miembros del personal con licencia o certificación, voluntarios y servicio de recepción, facturación y personal administrativo) que tienen la necesidad de utilizar su información médica para llevar a cabo su trabajo. También se aplica a las personas autorizadas para ingresar información en su historia clínica. Sus otros proveedores de atención médica pueden tener políticas diferentes con respecto a su uso y divulgación de su información médica creada en su ubicación.

ACERCA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal, y la protección de su información de salud es importante para nosotros. Creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe en la clínica. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención clínica Hope generado, ya sea por el personal de la clínica o de otros proveedores de atención médica. Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de la información médica que lo identifica (con ciertas excepciones);
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica que recopilamos y mantenemos sobre usted, y
- Cumplir con los términos de esta Notificación que está actualmente vigente.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Las siguientes categorías son las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. Aparecerán No todos los usos o revelaciones en una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar la información caerán dentro de una de las categorías.

- Divulgación a petición del cliente
- Para tratamiento
- Para el pago
- Para las operaciones de atención de salud

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD COMPLEMENTARIAS

- como exige la ley
- directorio
- hoja de registro
- Designación y paciente recordatorios de recuerdo
- asociados de negocios
- alivio de desastres
- Investigación
- Productos y servicios relacionados con la salud
- recaudación de fondos
- La familia, amigos, u otras personas involucradas en el cuidado o pago de su cuidado
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad
- Cambio de Propiedad de la Clínica de Hope

SITUACIONES ESPECIALES

- Directores de Funerarias, Médicos Forenses y Examinadores Médicos
- Actividades de supervisión de salud
- Los reclusos

- Aplicación de la ley
- Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia
- Órganos y Organizaciones de obtención de tejidos
- Servicios de Protección para el Presidente y Otros
- Informes de Salud Pública
- Las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Compensación al Trabajador
- Los equipos de personal multidisciplinario
- Categorías Especiales de Información en Salud
- Demandas y Disputas
- Militares y Veteranos
- Distancias de seguridad

TUS DERECHOS DE CONFIDENCIALIDAD

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

- Derecho a inspeccionar y copiar
- Derecho a modificar
- Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su solicitud
- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales
- Derecho a obtener una copia en papel de este Aviso
- Derecho a solicitar restricciones
- Solicitar un informe de divulgaciones

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer el Aviso revisado o cambiado para toda la información médica que tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en la clínica. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la esquina inferior derecha. En caso de modificar el presente Aviso, le ofreceremos una copia del aviso actual en vigencia.

Usted puede solicitar una copia detallada de la Notificación actual o una copia de este aviso cada vez que visite la clínica de servicios o llamando a la clínica y solicitando que el aviso actual será enviado a usted por correo.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, dejaremos de los usos y divulgaciones permitidos por dicha autorización, salvo en la medida en que ya hayamos actuado en consonancia con su permiso. Por ejemplo, no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso.

PARA MAS INFORMACION, PARA PRESENTAR UNA QUEJA O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Si usted cree que sus derechos han sido violados, por favor háganoslo saber inmediatamente para que podamos hacer frente a la situación. Usted puede presentar una queja ante la clínica y / o con el Secretario del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito.

Para presentar una queja con la Clínica, enviar una queja por escrito a la Clínica Oficial de Privacidad al:

Hope Clinic
411 E. Jefferson St., Waxahachie, TX 75165
 Attention: Oficial de Privacidad

Si a usted le gustaría discutir un problema sin presentar una queja formal, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad por teléfono al 972-923-2440; o por fax al (972) 923-2445.

Usted no será penalizado por presentar una queja.

5/2016