

Consentimiento para servicios de cuidado de la salud

Nombre completo del paciente (EN LETRA DE MOLDE)

Fecha de nacimiento del paciente

Por la presente autorizo a International Community Health Services (ICHS) y a sus Proveedores a proporcionarme servicios de cuidado de la salud, entre los que se incluyen procedimientos de evaluación, examen y terapéuticos, según mi Proveedor lo considere necesario o recomendable, a fin de evaluar la condición de mi salud y darle tratamiento. Comprendo que me asiste el derecho a tener una participación activa en las decisiones referidas a mi cuidado y que puedo formular preguntas acerca de la naturaleza y el carácter de cualquier tratamiento que se proponga o que se ofrezca como alternativa. Asimismo, tengo derecho a comprender los resultados que se esperan del tratamiento y otras alternativas que tengo a mi disposición, además de los riesgos serios y reconocidos sobre la salud o las complicaciones que pudiera padecer. Se prevé que yo formule preguntas cuando mi Proveedor me comunica los beneficios, los riesgos o las complicaciones que se anticipan en mi caso; si yo no formulo ninguna pregunta para que se me aclare la información, se asumirá que comprendo plenamente la naturaleza y el carácter de mi tratamiento o que he tomado la decisión deliberada de no obtener más información. También comprendo que puedo retirar en cualquier momento mi consentimiento para cualquier servicio de cuidado de la salud.

Por la presente autorizo a ICHS a divulgar la información que necesite mi compañía de seguro médico (tercera parte) para garantizar el pago de los servicios que recibo en ICHS. La información siguiente pago se aplicará cuando los servicios no se realizan en la Clínica Dental Móvil. ICHS ofrece un descuento de escala móvil (que se ajusta según los ingresos y la cantidad de miembros en la familia) para determinados costos que no quedan cubiertos por el seguro y para los costos que el paciente debe pagar de su propio bolsillo luego de que el seguro médico (tercera parte) efectúa los pagos. Se prevé que yo pague mi porción de los gastos de manera oportuna o que acuerde un plan de pagos con ICHS en caso de que no me sea posible pagar la totalidad del saldo. En algunos servicios se requerirá la totalidad del pago al momento de la cita. Comprendo que, aun cuando no contara con los recursos para pagar mi factura, no se me denegará la asistencia médica, en tanto ofrezca la información financiera que se me pida. No obstante, si me negara a pagar mi parte de los costos o si no me mostrara dispuesto a acordar un plan de pagos, podrían dejar de prestarme los servicios.

Comprendo que si soy un adulto que presta su consentimiento para que se le dé asistencia médica a un paciente menor de edad o a un paciente adulto incapaz, deberé estar legalmente facultado para ello. Si presto mi consentimiento para un niño menor de edad, deberé ser o bien un padre biológico reconocido (vale decir, que mi nombre figure en el acta de nacimiento del menor) o padre adoptivo (adopción legal) y que mi capacidad como tutor legal no se ha restringido en una orden judicial (por ejemplo, en un divorcio). Si soy un familiar, pariente, cuidador u otro individuo que presta su consentimiento para el tratamiento de un menor o de un adulto, la única potestad válida para prestar dicho consentimiento deriva de la autorización expresa del paciente, del representante legal del paciente, de un tribunal o de las disposiciones legales. Si actúo en virtud de la autoridad conferida por una sentencia judicial o por un poder de representación, pueden solicitarme que presente una copia de esta documentación, que deberá ser aprobada por ICHS, antes de que pueda actuar en nombre de otro paciente. Comprendo, asimismo, que mis derechos como representante pueden verse restringidos en virtud de las normas vigentes. Por ejemplo, los menores pueden ser considerados como adultos y concedérseles capacidad plena para controlar su información médica en caso de que cumplan con ciertos requisitos y estén bajo tratamiento por desórdenes mentales, enfermedades de transmisión sexual o problemas de salud reproductiva. Me doy por informado de estos requisitos y restricciones.

Nombre del traductor	
Firma	Fecha
() copia proporcionada en: _____	

Firma (Padre / tutor si es menor de 18)

Fecha

Nombre del paciente/representante
(EN LETRA DE MOLDE)

Fecha

Fecha de nacimiento del padre o tutor

¿Presta consentimiento para recibir su tratamiento? Sí; No* (vea a continuación)

*Indique su relación con el paciente: madre; padre; tutor/representante designado por sentencia judicial;

otro (especifique): _____

Declaración de autoridad de representante (Solo para familiares)

Soy un familiar que tiene a su cargo el cuidado de un niño menor de edad. Por la presente declaro y afirmo, so pena de falso testimonio en conformidad con el Código Reformado de Washington RCW 9A.72.085, que tengo la autoridad legal para tomar decisiones respecto del tratamiento médico del menor antes mencionado. Comprendo que en este momento no se me pedirá que presente la documentación que prueba la autoridad legal que me permite prestar consentimiento en nombre del menor, salvo que mi Proveedor tenga razones para cuestionar la validez de esta declaración. Sin embargo, puede pedírseme que presente documentación probatoria en cualquier momento. Esta declaración tendrá validez durante seis (6) meses.

Firma: _____ Fecha: _____



ICHS

**International
Community
HEALTH SERVICES**

English	Spanish
Patient Rights and Responsibility	Derechos y Responsabilidades del Paciente
You have the right to:	Tiene derecho a lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none"> Choose a health care provider that provides you with quality care. 	<ul style="list-style-type: none"> Elegir un proveedor de cuidado de salud que le proporcione cuidado de calidad.
<ul style="list-style-type: none"> Receive care in a safe, private, and respectful setting by knowledgeable personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir cuidado en un ambiente seguro, privado y respetuoso, por personal capacitado.
<ul style="list-style-type: none"> Receive services in a manner that respects your language, culture and beliefs. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir servicios de manera que respete su idioma, cultura y creencias.
<ul style="list-style-type: none"> Receive information about your care and treatment in terms you can understand. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir información sobre su cuidado y tratamiento en términos que usted pueda entender.
<ul style="list-style-type: none"> Receive services without discrimination based on race, color, sex, marital status, sexual orientation, age, creed, religion, ancestry, gender identity, genetic information, use of service animals, national origin, veteran status, citizenship status, or the presence of any sensory, mental or physical disability or the ability to pay. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir servicios sin discriminación basada en raza, color, sexo, estado civil, orientación sexual, edad, credo, religión, ascendencia, identidad de género, información genética, uso de animales de servicio, origen nacional, estado de veterano, estado de ciudadanía o la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental, física o la capacidad de pagar.
<ul style="list-style-type: none"> Receive information about ICHS hours, providers, services, fees and payment policies in a language that is easy for you to understand. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir información sobre las horas de ICHS, proveedores, servicios, honorarios y pólizas de pago en un idioma que sea fácil de entender para usted.
<ul style="list-style-type: none"> Be notified if your care involves the training of healthcare providers. 	<ul style="list-style-type: none"> Ser notificado si su cuidado requiere el entrenamiento de proveedores de salud.
<ul style="list-style-type: none"> Privacy of your healthcare information except as required by law or insurance company contracts. 	<ul style="list-style-type: none"> Privacidad de su información de salud, excepto cuando sea requerida por la ley o por contratos de compañía de seguro.
<ul style="list-style-type: none"> Read and receive copies of your medical records within a reasonable amount of time. 	<ul style="list-style-type: none"> Leer y recibir copias de sus expedientes médicos dentro de un plazo razonable.
<ul style="list-style-type: none"> Know that when an emergency occurs and you are transferred to another facility, a responsible person/family member will be notified. 	<ul style="list-style-type: none"> Saber que cuando ocurra una emergencia y usted tenga que ser transferido a otra instalación, se le notificará a una persona responsable/miembro de la familia.
<ul style="list-style-type: none"> Request assistance with information on advance directives for your healthcare. 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar asistencia con información sobre su testamento vital médico para el cuidado de su salud.
<ul style="list-style-type: none"> Be notified in advance to allow you to choose whether or not you would like to participate in experimental clinical research studies. 	<ul style="list-style-type: none"> Ser notificado con anticipación para permitirle elegir si quiere o no participar en estudios de investigación clínica experimentales.
<ul style="list-style-type: none"> Respectfully express dissatisfaction with the care you receive through a patient complaint/grievance policy. 	<ul style="list-style-type: none"> Respetuosamente expresar insatisfacción con el cuidado que recibe por medio de un queja de paciente/póliza de queja.
<ul style="list-style-type: none"> Restrict the use and disclosure of PHI. 	<ul style="list-style-type: none"> Restringir el uso y divulgación de Información de Salud Protegida (PHI).
<ul style="list-style-type: none"> Receive confidential communications. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir comunicados confidenciales.
<ul style="list-style-type: none"> Receive a copy of the Notice of Privacy Practices (NOPP). 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP).
<ul style="list-style-type: none"> Receive an accounting of disclosures of PHI. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir una contabilización de divulgaciones de Información de Salud Protegida (PHI).
<ul style="list-style-type: none"> Revoke a prior authorization. 	<ul style="list-style-type: none"> Revocar una autorización previa.
<ul style="list-style-type: none"> File a complaint for privacy violations by calling ICHS' Compliance Hotline at 1-855-515-0143 or contact the Office for Civil Rights: 	<ul style="list-style-type: none"> Presentar una queja por violaciones de la privacidad llamando a la Línea Directa para el Cumplimiento de Normas de ICHS al 1-855-515-0143 o contactar la Oficina de Derechos Civiles:
Office for Civil Rights	Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services	U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-M/S: RX-11	2201 Sixth Avenue-M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831	Seattle, WA 98121-1831
Voice Phone (206)615-2290	Teléfono (206)615-2290
FAX (206)615-2297	FAX (206)615-2297
TDD (206)615-2296	Teletipo (TDD) (206)615-2296

You have the responsibilities to:	Usted tiene la responsabilidad de:
<ul style="list-style-type: none"> • Ask questions if you do not understand what you are being told. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas si no entiende lo que le están diciendo.
<ul style="list-style-type: none"> • Tell us everything you know about your health history, current health, and any changes in your health. 	<ul style="list-style-type: none"> • Decirnos todo lo que usted sabe acerca de su historia de salud, salud actual y cualquier cambio en su salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Tell us about all medications, herbs, supplements, and over the counter (OTC) medications you may be taking. 	<ul style="list-style-type: none"> • Decirnos sobre todos los medicamentos, hierbas, suplementos y medicamentos sin receta (OTC) que usted esté tomando.
<ul style="list-style-type: none"> • Participate in your care by making decisions, following directions and accepting responsibility for your choices. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en su cuidado tomando decisiones, siguiendo instrucciones y aceptando responsabilidad por sus decisiones.
<ul style="list-style-type: none"> • Follow the treatment plan agreed upon with your provider. This includes following instructions of other health care professionals as they carry out the orders of the provider. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir el plan de tratamiento tal como acordado con su proveedor. Esto incluye seguir instrucciones de otros profesionales de cuidado de salud cuando ellos cumplan órdenes de su proveedor.
<ul style="list-style-type: none"> • Choose a family member or other person to represent you if you are unable to make your own health care decisions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir a un miembro de la familia o a otra persona que lo represente si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones de cuidado de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Treat other patients, visitors, volunteers and ICHS staff and property with courtesy and respect. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a otros pacientes, visitantes, voluntarios, personal y propiedad de ICHS con cortesía y respeto.
<ul style="list-style-type: none"> • Arrive on time for all appointments and let us know in advance you are unable to keep an appointment. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llegar a tiempo a todas las citas y hacernos saber con anticipación si no puede asistir a una cita.
<ul style="list-style-type: none"> • Provide accurate information for processing any insurance coverage, and to pay any co-payments, co-insurance amounts, and deductibles as requested in a timely manner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información precisa para procesar cualquier cobertura de seguro y pagar de manera oportuna cualquier copago, cantidad de coseguro y deducible si es necesario.
<ul style="list-style-type: none"> • Inform your provider about any existing advance directive or medical power of attorney. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a su proveedor sobre cualquier testamento vital médico o poder legal médico existente.
<ul style="list-style-type: none"> • Conduct yourself in an appropriate manner while receiving services from ICHS staff or at ICHS facilities and events. Failure to follow instructions from ICHS staff, comply with policies and treatment agreements, or when refusal of treatment prevents the delivery of safe and appropriate care, the relationship with the patient may be terminated with notice. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportarse apropiadamente mientras reciba servicios del personal de ICHS o en instalaciones y eventos de ICHS. La falta del seguimiento de instrucciones del personal de ICHS, el incumplimiento de alguna póliza y acuerdos de tratamiento, o cuando el rechazo de tratamiento prevenga la prestación de un cuidado seguro y apropiado, la relación con el paciente puede ser terminada con notificación.
Patient's Signature/Print Name	Firma del Paciente/Nombre Escrito
Date	Fecha
ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Please contact the Compliance Officer at 1-855-515-0143 or 206-788-3774 (TTY).	ATENCIÓN: Servicios gratuitos de asistencia de lenguaje están disponibles para usted. Por favor contacte al Oficial de Cumplimiento al 1-855-515-0143 o teletipo al 206-788-3774 (TTY).



HISTORIAL MÉDICO

Hombre Mujer

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Idioma preferido: _____

Dirección: _____

Grupo étnico: Indio americano / Nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hawaiano nativo
 o nativo de otra Isla del Pacífico Blanco Más de una raza Prefiere no enumerar

Nombre del médico: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿El paciente se encuentra bajo la atención de un médico? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? _____

¿El paciente está tomando medicamentos, fármacos o pastillas actualmente? SÍ NO

En caso afirmativo, enumere qué medicamentos: _____

¿El paciente es alérgico (o tiene reacciones adversas) a algún medicamento? SÍ NO

En caso afirmativo, explique: _____

¿El paciente es sensible o alérgico al látex? SÍ NO

¿El paciente tuvo alguna reacción inusual o inexplicada durante un procedimiento quirúrgico? SÍ NO

En caso afirmativo, explique: _____

El paciente cuenta con seguro dental (como Medicaid, SCHIP, etc.) SÍ NO

Nombre de la compañía de seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de vencimiento: _____

Número de teléfono servicio al cliente: _____

¿El paciente alguna vez experimentó cualquiera de los siguientes casos? (Marque todas las opciones que correspondan)

Presión arterial anormal	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>
Trastorno por déficit de atención (ADD)	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	Hemorragias prolongadas	<input type="checkbox"/>
Adicción al alcohol	<input type="checkbox"/>	Problemas gastrointestinales (Reflujo gastroesofágico)	<input type="checkbox"/>	Implantes de prótesis	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Artritis/Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/>	Extirpación del bazo	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca/intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>
Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía reumática	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>
Autoinmune (Lupus/esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Problema de sinusitis	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	Apoplejía	<input type="checkbox"/>
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	VIH positivo/SIDA	<input type="checkbox"/>	Problema de la tiroides	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Problemas renales/diálisis	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>	Hepatopatía	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	Infección de transmisión sexual (STI)	<input type="checkbox"/>
Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>
Consumo de drogas recreativas	<input type="checkbox"/>	Desórdenes neurológicos	<input type="checkbox"/>	Pérdida/aumento repentino de peso	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	Trasplante de órgano	<input type="checkbox"/>		

¿El paciente padeció alguna otra enfermedad grave, fue hospitalizado o tuvo un accidente? SÍ NO

En caso afirmativo, explique: _____

¿El paciente actualmente fuma o consume los productos del tabaco enumerados a continuación?

Cigarrillos Cigarros Pipa Tabaco de mascar Ninguno

¿El paciente consumió tabaco en el pasado? SÍ NO En caso afirmativo, ¿hace cuánto? _____

¿El paciente consume bebidas alcohólicas? SÍ NO En caso afirmativo, ¿qué cantidad? _____

¿El paciente tiene administradas las vacunas al día? SÍ NO

PACIENTES MUJERES: encierre con un círculo SÍ o NO.

¿Está embarazada? SÍ NO ¿Está en periodo de lactancia? SÍ NO ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? SÍ NO

Comentarios:

HISTORIA DENTAL

Fecha de la última visita al dentista: _____

Marque todas las opciones que le correspondan al paciente. **SÍ**

¿Las encías del paciente sangran cuando se las cepilla o cuando se limpia los dientes con seda dental?

¿Los dientes del paciente son sensibles a los líquidos o alimentos calientes o fríos?

¿Los dientes del paciente son sensibles a los líquidos o alimentos dulces o agrios?

¿El paciente siente dolor en alguno de sus dientes?

¿El paciente tiene llagas o bultos en la boca o cerca de la boca?

¿El paciente tuvo alguna lesión en la cabeza, cuello o mandíbula?

¿El paciente padece dolores de cabeza frecuentes?

¿El paciente aprieta o rechina los dientes?

¿El paciente se muerde los labios o las mejillas frecuentemente?

¿El paciente alguna vez experimentó cualquiera de las siguientes situaciones?

Chasquidos en la mandíbula Dolor (articulación, oído, costado de la cara)

Dificultad para abrir o cerrar la boca Dificultad para masticar

¿El paciente alguna vez se realizó un trabajo de ortodoncia?

¿El paciente alguna vez tuvo hemorragias prolongadas luego de una extracción?

¿El paciente recibió instrucciones acerca del método correcto para cepillarse los dientes?

¿El paciente recibió instrucciones acerca del cuidado de las encías?

Comentarios:



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A fin de cumplir con las disposiciones de la Ley de transferibilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA) y de las normativas de privacidad, ICHS tiene la obligación de proporcionarle el aviso de prácticas de privacidad. Por el presente, le informamos que mantenemos un registro de los servicios de atención médica que le brindamos. Puede ver o solicitar una copia de ese registro. También puede solicitar que se corrija ese registro. No divulgaremos su registro a terceros, a menos que usted nos indique que lo hagamos o a menos que la ley nos autorice u obligue a hacerlo. Para obtener más información, comuníquese con nuestro departamento de registros médicos a los siguientes números:

Bellevue Clínica	(425) 373-3012
Holly Park Clínica	(206) 788-3541
International District Clínica	(206) 788-3712
Shoreline Clínica	(206) 533-2641

Este formulario se guardará en su expediente médico.

Con mi firma a continuación, acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del representante autorizado
(Padre / tutor si es menor de 18)

Fecha

Nombre en letra de molde si firma en nombre del paciente

Relación con el paciente

Nota

****Se otorgó una copia al paciente o al representante autorizado.****

Aviso sobre prácticas de privacidad

(Vigente a partir de septiembre de 2013)

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

SÍRVASE LEER CON DETENIMIENTO.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida y a proporcionarle aviso de nuestras obligaciones legales y de nuestras prácticas de privacidad con respecto a dicha información. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso sobre Prácticas de Privacidad en vigencia, pero nos reservamos el derecho de modificar estos términos en cualquier momento. Cualquier modificación será de eficacia inmediata y estará a su disposición en nuestro sitio web (www.ichs.com).

MODOS EN QUE PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Para tratamiento. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida a fin de suministrarle tratamiento médico. Podremos divulgar su información médica protegida a los doctores, enfermeros y demás miembros de nuestro equipo de cuidados médicos que participen en la atención de su salud. Por ejemplo, es posible que su médico necesite consultar con especialistas con referencia al cuidado de su salud. Su información médica protegida se compartiría con dichos especialistas, para ayudar a entender sus necesidades de salud.

Para fines de facturación. Podemos usar o divulgar su información médica protegida con el objeto de emitir la factura por el tratamiento y los servicios que reciba en International Community Health Services (“ICHS” o “nosotros”) y, posteriormente, enviársela a usted, a una compañía aseguradora o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos la información de su plan de salud en lo que refiere a una cirugía que haya recibido; así, su plan de salud o bien nos pagará el monto de la cirugía o le reembolsará esa suma. No daremos a conocer a terceros su información médica protegida sin su consentimiento, salvo que estemos autorizados por ley a proceder de tal forma. Tiene derecho a solicitar que se restrinja la divulgación de su información médica protegida para que no se comparta ni con un plan de salud ni con otra persona en aquellos casos en que esa información se vincule únicamente con un concepto o servicio de salud por el que usted u otra persona en su nombre (diferente de un plan de salud) nos haya pagado; y estemos obligados a acceder a tal solicitud.

Para operaciones de cuidado de la salud. Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para operaciones de cuidados de la salud. El uso que se haga de dichos datos y su divulgación son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para analizar la calidad de los servicios de cuidado de la salud que se le proveen o para evaluar el desempeño de nuestro personal.

OTROS USOS PERMITIDOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA DE SU PARTE

Asociados comerciales. Algunos de los servicios ofrecidos por ICBS se proveen a través de contratos con asociados comerciales. Algunos ejemplos son los servicios de laboratorio, auditores externos, abogados que no forman parte del personal y otros. En toda ocasión en que un convenio celebrado entre ICBS y un asociado comercial involucre el uso o la divulgación de su información médica protegida, suscribiremos un acuerdo por escrito en el que se amparará la privacidad de su información médica protegida.

Comunicación con entidades que presten asistencia en situaciones de desastre - Podemos divulgar su información médica protegida y compartirla con una entidad que preste asistencia en una campaña de ayuda en catástrofes, a fin de notificar a su familia acerca de su condición, estado y ubicación.

Recordatorios de citas - Podemos comunicarnos con usted con el objetivo de recordarle que tiene una cita para un tratamiento o para servicios de cuidado de la salud en ICBS.

Alternativas a tratamientos - Podemos utilizar su información médica protegida para recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamientos que pueden resultarle de interés.

Investigación – En determinadas circunstancias, ICBS puede usar y divulgar la información médica de la población para propósitos de investigación en el área de la salud. En la mayoría de las ocasiones, le solicitaremos su permiso de forma

específica en caso de que el investigador necesite acceder a su nombre, dirección u otros datos que revelen su identidad. Antes de que utilicemos o divulguemos información médica para fines investigativos, el proyecto ya habrá sido aprobado en virtud del proceso para aprobación de investigación. No obstante, podemos compartir información médica referida a usted con individuos que se estén preparando para llevar adelante un proyecto de investigación, en tanto y en cuanto la información médica no salga de ICBS.

Según exigencias legales - Divulgaremos su información médica protegida cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza grave que atente contra la salud o la seguridad - Podemos usar y divulgar su información protegida para evitar una amenaza de gravedad que atente contra la salud y la seguridad pública o contra otra persona. Sin embargo, en toda instancia los datos se compartirán exclusivamente con quienes tengan la capacidad de evitar la amenaza.

Donación de órganos y tejido - Si usted es donante de órganos, estamos facultados para divulgar su información médica protegida y darla a conocer o bien a organizaciones que se encarguen de la ablación y trasplante de órganos, ojos o tejido, o bien a un banco de donación de órganos, según resulte necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y veteranos - Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida conforme lo exijan las autoridades de la comandancia militar. Asimismo podemos compartir con la autoridad militar extranjera pertinente la información médica protegida que se vincule con el personal militar extranjero.

Indemnización laboral - Estamos facultados a divulgar su información médica protegida para programas de indemnización laboral o similares. Estos programas proporcionan prestaciones sociales en los casos de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Salud pública - En virtud de lo que exige la ley, podemos divulgar su información médica protegida y compartirla con autoridades gubernamentales o de salud pública que tengan a su cargo la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.

Actividades de supervisión de salubridad - Estamos autorizados a compartir su información médica protegida con las agencias que se encarguen de supervisar la salubridad cuando ejecuten actividades que las normas les autoricen. Estas actividades de supervisión incluyen, entre otras, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Dichas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el efectivo cumplimiento de los derechos civiles.

Demandas judiciales y litigios - Si usted se viera implicado en una demanda judicial o en un litigio, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una resolución judicial o administrativa. También estamos autorizados a divulgar su información médica protegida en respuesta a una cédula de citación, un pedido de presentación de prueba u otros proceso judiciales que solicite un tercero parte del litigio.

Aplicabilidad de la ley - Podemos divulgar su información médica protegida si así lo solicitara un funcionario encargado del cumplimiento de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citación, mandato judicial, emplazamiento o proceso similar;
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo presencial o persona desaparecida;
- En lo que refiere a la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias específicas, no nos es posible obtener la autorización de esa persona;
- Cuando se trata de una muerte que, a nuestro entender, pudiera ser el resultado de un delito;
- Cuando se trate de una conducta delictiva en ICBS;
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de quien haya cometido el delito.

Peritos forenses, médicos y directores de funerarias - Podemos divulgar su información médica protegida y compartirla con un perito médico o forense. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a un difunto o para determinar la causa de muerte. También podremos compartir la información médica de los pacientes del hospital con los directores de funerarias, según se requiera, para que puedan cumplir con sus funciones.

Seguridad nacional y actividades de inteligencia - Podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados y para fines de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

A continuación enumeramos las instancias en que sólo se procederá al uso y divulgación de información médica protegida con su consentimiento escrito: la mayoría de las instancias de uso y divulgación de las notas de psicoterapia, uso y divulgación de información médica protegida para fines de mercadotecnia, divulgaciones que representen la venta de información médica protegida y otras instancias de uso y divulgación de información médica protegida que no esté incluida en este aviso. Si usted autoriza a ICBS a usar y divulgar su información médica protegida, puede revocar esta autorización en cualquier momento; deberá hacerlo por escrito. Si revoca la autorización, ya no podremos usar ni divulgar su información médica protegida para ninguna de las razones especificadas en su autorización escrita. Deberá entender que no nos será posible revertir ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso; y que se nos exige conservar los registros de los cuidados que le hayamos provisto.

Comunicación con amigos y familiares - Podemos compartir su información médica protegida con familiares o amigos que estén interesados en su cuidado de la salud y/o en el pago del mismo; procederemos de tal modo si usted nos autoriza o si no se opone a que demos a conocer estos datos. También podemos darles a conocer a estas personas información relevante si, según nuestro criterio profesional, creemos que usted no se opone.

SUS DERECHOS EN CUANTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Si bien su historia clínica es propiedad de ICBS, su información médica protegida le pertenece a usted. Usted tiene los siguientes derechos respecto a su información médica protegida:

Derecho a recibir este aviso - Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso. I. Puede pedirnos en cualquier momento que le demos una copia. También puede conseguir una copia de este aviso en nuestro sitio web: www.ichs.com.

Derecho a examinar y recibir copia - Tiene derecho a examinar determinada información médica referida a usted y a recibir una copia de ella, incluidos los registros de facturación. Debe enviar una solicitud por escrito a:

International Community Health Services
Attn: Health Center Manager
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

Si solicita una copia de dicha información médica protegida, se cobrará un arancel por los costos de copiado, envío postal u otros insumos asociados con su solicitud.

Podemos negar su solicitud de examinar y recibir copia en ciertas circunstancias específicas. Si se le niega el acceso a sus historia clínica, usted puede pedir que se revea la negativa. Le daremos a conocer el resultado de la revisión.

Derecho a solicitar corrección de datos - Le asiste el derecho a pedir que se corrija su información médica protegida; para ello deberá presentar una solicitud escrita ante el Gerente de nuestro Centro Médico. En dadas circunstancias, estamos facultados a negarnos a esa solicitud. Podrá redactar una declaración de desacuerdo si su solicitud es denegada. Esta declaración de desacuerdo se archivará en su historia clínica y se incluirá cada vez que se divulguen datos de sus registros.

Derecho a conocer la enumeración de divulgaciones - Usted tiene el derecho a recibir una enumeración de las instancias en que se divulgaron sus datos. Consiste en un registro de ciertas instancias en que compartimos su información médica protegida en conformidad con las leyes.

Debe presentar una solicitud por escrito ante el Gerente del Centro Médico. Es posible que le cobremos los costos en que incurramos para proporcionarle el registro. Le notificaremos acerca de dichos costos; usted podrá optar por retirar su solicitud o modificarla en ese momento, antes de que incurramos en ningún gasto. Podrá ponerse en contacto con el Gerente del Centro Médico en la siguiente dirección:

International Community Health Services
Attn: Health Center Manager
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

Derecho a solicitar una restricción - Le asiste el derecho a pedirnos que restrinjamos ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida. Por ejemplo, usted puede solicitar que limitemos la información médica protegida que demos a conocer a otra persona que participe del cuidado de su salud o del pago por dicho cuidado. Puede pedir que no usemos ni divulguemos su información médica protegida concerniente a una operación y que no la compartamos con algún familiar o

amigo. Debe presentar una solicitud por escrito ante el Gerente del Centro Médico. En su solicitud deberá indicar (1) cuál es la información que desea limitar; (2) si lo que desea limitar es el uso o la divulgación que hagamos de ella o ambos; y (3) con respecto a quién desea aplicar esos límites, por ejemplo, divulgar información con su cónyuge; no obstante, no es una exigencia que accedamos a una solicitud de restricción.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales - Tiene el derecho a pedir que le demos a conocer datos de su salud de un modo determinado o en una ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo o que lo contactemos en su lugar de trabajo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar una solicitud por escrito ante el Gerente del Centro Médico. No le pediremos que nos explique la razón de tal solicitud. En su pedido deberá especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Haremos lugar a cualquier solicitud razonable.

Derecho a que se lo notifique ante un incumplimiento – Usted tiene derecho a que se lo notifique tras un incumplimiento que implique una falla de seguridad en la divulgación de su información médica protegida.

Reclamos

Si considera que se han infringido sus derechos a la privacidad, puede comunicarse con el Funcionario de Cumplimiento de ICHS al 206.788.3658 o enviar su reclamo por escrito a: ICHS Compliance Officer, PO Box 3007; Seattle, WA 98114-3007.

También puede presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Usted no será sujeto a represalias ni peligrará la calidad del cuidado de la salud que recibe por causa de la presentación de un reclamo.

Si tiene preguntas referidas a este aviso, comuníquese con el Funcionario de Cumplimiento de ICHS al 206.788.3658.