promise healthcare
OPERATING FRANCIS NELSON AND SMILEHEALTHY

**Información (Por favor presente su identificación con foto y tarjeta de seguro con este papeleo**

Nombre Legal: Primero Nombre | Medio Nombre | Apellido | Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc.)

Nombre/apodo preferido | Fecha de nacimiento Mes Dia Año _____/_____/_____ | ¿Es usted el paciente responsable de todas las facturas y seguros? Sí o no
Si la respuesta es no, indique el nombre de la persona responsable _____

Género indicado en el seguro/licencia de conducir | □ Hombre □ Mujer | Número de Seguro Social _____-_____-_____

Dirección de la calle: | # de Apartamento/Suite/Unidad | Ciudad | Estado | Código postal

Teléfono móvil/celular ( ) | Teléfono de casa ( ) | Dirección de correo electrónico

La mejor manera de contactarme/dejar mensajes (marque todo lo que corresponda): | □ Teléfono/correo de voz | □ Correo Electrónico | □ Correo de EE. UU.

Pronombre Preferido: _____ | □ Preguntado pero desconocido | □ Él, él, su | □Ella, Ella, Suya | □Ella, ellas, las suyas | □ Ellos, ellos, los suyos | □ Ze, Hir | □ Otro | □ Rechazado

Identidad de Género
- □ De mujer a hombre (FTM) Hombre transgénero
- □ De hombre a mujer (MTF) Mujer transgénero
- □ Elija no divulgar
- □ Otro _____

Orientación Sexual
- □ Lesbiana o Gay
- □ Heterosexual
- □ Algo más
- □ Elija no divulgar

Otro_____

Raza
- □ Indio americano/nativo de Alaska
- □ Negro/afroamericano
- □ Nativo de Hawái Otro isleño del Pacífico
- □ Blanco
- □ Asiático
- □ Negarse a informar

Origen étnico □ Hispano (a) □No Hispano (a)

Estado Civil □Soltero □ Pareja □ Casado □ Divorciado □ Separado □ Viudo □ Otro

Idioma Preferido □Inglés □Francés □Birmano □Alemán □Japonés □Italiano □Tigriña □Español □Sudán □Otro

¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas? □ Sí □ No

**Persona responsable de la factura: si es usted mismo, déjelo en blanco**

Relación □Yo □Padre □Compañero de vida □Cónyuge □Otro

Nombre legal: | Medio Nombre | Apellido | Sufijo (Jr., Sr, II, III etc.)

Dirección de la calle: | # de Apartamento/Suite/Unidad | Ciudad | Estado | Código postal

Número de Seguro Social _____-____-_____ | Fecha de nacimiento Mes Dia Año _____/_____/_____ | Relación: □Yo □Padre □ Compañero de vida □Otro □Cónyuge

**Información del Empleador**

Nombre del empleador:

Dirección de la calle del empleador: | Ciudad | Estado | Código postal

Teléfono del trabajo: | Ocupación:

Situación laboral: □Tiempo completo □Tiempo parcial □Retirado Fecha: □Servicio activo □Sin trabajo □Trabajo por cuenta propia

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

## Contacto de Emergencia/Relaciones/Rol

| Nombre legal | Medio Nombre | Apellido | Sufijo (Jr, Sr, II, III etc.) |
|---|---|---|---|

| Dirección de la calle: | # de Apartamento/Suite/Unidad | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|---|

| Teléfono móvil/celular ( ) | Teléfono de casa ( ) | Dirección de correo electrónico |
|---|---|---|

## Información del Seguro Medico

Seguro Primario: □Medicare □Medicaid □Blue Cross Blue Shield □Molina □United Healthcare □Otro: _____

Nombre del titular de la póliza Primaria | Fecha de nacimiento Mes Dia Año _____/_____/_____ | Relación con paciente □Yo □Padre □Compañero de vida □Cónyuge □Otro

Seguro Secundario: □Medicare □Medicaid □Blue Cross Blue Shield □Molina □United Healthcare □Otro: _____

Nombre del titular de la póliza Secundaria | Fecha de nacimiento Mes Dia Año _____/_____/_____ | Relación con paciente □Yo □Padre □Compañero de vida □Cónyuge □Otro

## Situación de la Vivienda y del Trabajador

Estado sin hogar: □Duplicando □Transicional □Calle □Refugio □No sin hogar □Desconocido □ Vivienda de apoyo permanente

## Condición de Trabajador Migrante:

□ Migrante □ No es un trabajador agrícola □ Trabajador de temporada □

## Escala de Tarifa Móvil de 30 Días Solo Para Nuevos Pacientes

Ingreso Anual: $

Número de adultos en el hogar (incluido usted):

Ingreso anual del hogar: $

Número de niños en el hogar (menores de 18 años):

PHC recibe fondos para proporcionar beneficios financieros a los clientes. Al proporcionar la prueba de sus ingresos, PHC puede determinar si es elegible para estos beneficios.

La prueba de sus ingresos incluye, entre otros, sus últimos dos o tres talones de pago, el formulario W-2 del año pasado, la declaración de impuestos del año pasado o la documentación aprobada por un asesor financiero de PHC.

Al firmar, entiendo que, según mis ingresos, puedo ser elegible para la escala móvil de PHC. Sin embargo, debo proporcionar prueba de ingresos para recibir estos beneficios dentro de los 30 días de mi primera visita.

Entiendo que se me cobrará la tarifa completa de mi visita si no presento la documentación de ingresos dentro de los 30 días de mi primera visita.

Entiendo que nunca se me negarán los servicios en PHC debido a la falta de pago.

Firma del paciente_____Fecha_____

Firma del representante de Promise Healthcare_____Fecha_____

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

**Historial de salud del paciente adulto**

Este cuestionario se utiliza para recopilar información sobre su historial de salud actual. Además de brindarle a su equipo de atención médica información clínica importante, este cuestionario también nos ayuda a cumplir con los requisitos especiales establecidos por Medicare y otras aseguradoras de salud.

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

Sexo al nacer: □Masculino □Femenino ¿Cuál es tu idioma principal? _____

Alergias:

¿Ha tenido urticaria, sarpullido en la piel, problemas respiratorios u otras reacciones alérgicas a los medicamentos?

□Sí □No En caso afirmativo, enumere a continuación:

| Nombre del medicamento: | Describa la reacción alérgica: |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

¿Hay medicamentos, además de aquellos a los que es alérgico, que preferiría no tomar debido a los efectos secundarios desagradables anteriores? □Sí □No

En caso afirmativo, especifique:

_____

¿Ha tenido una reacción alérgica a: Yodo o medio de contraste de rayos X? □Sí □No ¿Látex o caucho (guantes, condones, globos)? □Sí □No

¿Mariscos? □Sí □No ¿Picaduras de abeja o avispa? □Sí □No ¿Cinta adhesiva? □Sí □ No Otras alergias (especifique):

_____

Indique cualquier alergia alimentaria: □Ninguna

_____

Altura: ____ Peso: ____ ¿Cambio de peso reciente? □No □Sí Ganancia de ____ libras Pérdida de ___ libras

Si es mujer, ¿está embarazada? □Sí □No Fecha de la última vacuna contra la gripe: _____

**Historial médico pasado:** **Marque si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:**

| | | |
|---|---|---|
| □ Reflujo ácido | □ Desmayos | □Lupus |
| □ Adicción al alcohol | □ Enfermedad de la vesícula biliar | □ Migrañas |
| □ Anemia | □ ERGE | □ Infección miocárdica |
| □ Angina | □ Glaucoma | □ Trastorno neurológico |
| □ Ansiedad | □ VIH positivo/SIDA | □ Trasplante de órganos |
| □ Artritis | □ Hepatitis C | □ Osteoartritis |

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTHY

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

□Asma
□ Fibrilación auricular
□ Trastorno autoinmune
□ Tratamiento con bisfosfonatos
□ Coágulos de sangre
□ Hipertrofia prostática benigna
□ Accidente cerebrovascular
□ EPOC
□ Cáncer o tumor
□ Enfermedad de las arterias coronarias
□ Enfermedad de Chron
□ Depresión
□Diabetes
□ Trastorno alimentario

□Enfermedad cardíaca/cirugía
□ Soplo cardíaco
□ Hepatitis A
□ Hepatitis B
□ Hepatitis C
□ Enfermedad del intestino irritable
□ Reemplazo articular
□ Hiperlipidemia
□ Hipertensión/presión arterial alta
□ Problemas renales
□ Problemas de aprendizaje
□ Enfermedad hepática
□ Presión Arterial Baja
□ Enfermedad pulmonar

□Osteoporosis
□ Marcapasos
□ Atención psiquiátrica
□ Enfermedad de úlcera péptica
□ Radioterapia
□ Fiebre reumática
□ Enfermedad renal
□ Trastorno convulsivo/epilepsia
□ Enfermedad de transmisión sexual (ITS, ETS)
□ Accidente cerebrovascular
□ Enfermedad de la tiroides
□ Tuberculosis
□ Otro (Especifique)
_____

**Antecedentes quirúrgicos pasados:** **Marque todo lo que corresponda:**

| | Año | | Año | | Año |
|---|---|---|---|---|---|
| □ Angioplastia | _____ | □ Colectomía | _____ | □ Marcapasos | _____ |
| □ Angio con stent | _____ | □ Colostomía | _____ | □ Biopsia de próstata | _____ |
| □ Apendicectomía | _____ | □ Bypass gástrico | _____ | □ Resección del intestino delgado | _____ |
| □ Artroscopia | _____ | □ Reparación de hernia | _____ | □ Tiroidectomía | _____ |
| □ Cirugía de espalda | _____ | □ Reemplazo de cadera | _____ | □ Amigdalectomía | _____ |
| □ CABG | _____ | □ Reemplazo de rodilla | _____ | □ TURP _____ | _____ |
| □ Túnel carpiano | _____ | □ LASIK | _____ | □ Vasectomía | _____ |
| □Extracción de cataratas | _____ | □Biopsia de hígado | _____ | □ Otro (especifique): | _____ |
| □ Colecistectomía | _____ | □ ORIF | _____ | | |

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTH

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

**Hospitalizaciones:** Indique las hospitalizaciones importantes pasadas:

¿Ha sido hospitalizado en los últimos 10 años? □Sí □No

| Año | Lugar | Enfermedad/Lesión | Médico |
|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

**Historia dental**

¿Cuál fue la fecha de su última visita al dentista? _____
Nombre del dentista anterior: _____
Enumere cualquier inquietud que tenga sobre los tratamientos dentales:
_____
_____

¿Su médico le ha dicho que se pre-medique antes de las citas con el dentista debido a una afección médica? □Sí □No

**Alcohol:**

¿Bebes alcohol? □Sí □No ¿Qué tipo de alcohol? _____¿Cuánto bebe en una semana habitual? _____
¿Cuándo bebiste por última vez? _____ Si ha dejado de beber, ¿cuándo lo dejó? _____
¿Cuántas veces en el último año ha bebido más de 4 tragos en un día si es mujer, 5 o más tragos en un día si es hombre?

**Uso de marihuana:**

¿En los últimos 12 meses ha consumido marihuana? □Sí □No ¿Con qué frecuencia consume marihuana? _____

**Uso de sustancias:**

En los últimos 12 meses, ¿Ha consumido alguna sustancia ilegal, por ejemplo, cocaína, crack, heroína, metanfetamina (Crystal Meth), alucinógenos, éxtasis/MMDA? □Sí □No ¿Con qué frecuencia ha consumido cocaína, crack, heroína, metanfetamina (Crystal Meth), alucinógenos, éxtasis/MMDA? _____

En los últimos 12 meses, ¿ha abusado de medicamentos recetados? □Sí □No ¿Con qué frecuencia ha abusado de los medicamentos recetados? _____

**Historia familiar**

| | Año de nacimiento | Enfermedad grave (si corresponde, causa de muerte) | Vivo/Fallecido | Si falleció, ¿a qué edad? |
|---|---|---|---|---|
| Padre | _____ | _____ | □Sí □No | _____ |
| Madre | _____ | _____ | □Sí □No | _____ |

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

| Género | Hermanos | | | |
|---|---|---|---|---|
| □M □F | _____ | _____ | □Sí □No | _____ |

promise healthcare
OPERATING FRANCES NELSON AND SMILEHEALTH

□M □F _____ _____ □Sí □No _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/____

| Género | Hijos | | |
|---|---|---|---|
| □M □F | _____ | _____ | □Sí □No _____ |
| □M □F | _____ | _____ | □Sí □No _____ |

**Historia familiar:** Marque si algún miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes y quién en la familia lo tuvo. (Ejemplo: Alergias: Madre)

| | | |
|---|---|---|
| □Anemia | □Enfermedad de las arterias coronarias | □Enfermedad del intestino irritable |
| □Angina | □Enfermedad de Chron | □Enfermedad del hígado |
| □Ansiedad | □Depresión | □Migrañas |
| □Artritis | □Diabetes | □Infección miocárdica |
| □Asma | □Enfermedad de la vesícula biliar | □Osteoartritis |
| □Fibrilación auricular | □ERGE | □Osteoporosis |
| □Hipertrofia prostática benigna | □VIH | □Enfermedad de úlcera péptica |
| □Coágulos de sangre | □Hepatitis C | □Enfermedad renal |
| □Cáncer | □Hiperlipidemia | □Convulsiones |
| □ Accidente cerebrovascular | □ Hipertensión arterial | □ Enfermedad tiroidea |
| □EPOC | □Otro (Especifique)_____ | |

**Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente y quién se los recetó:**

| Medicamentos: | Médico prescriptor: |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

## LEA Y FIRME ESTA SECCIÓN

Yo, el paciente o padre/tutor de este paciente, tengo la responsabilidad legal y el derecho a obtener tratamiento y más:

- Entender que este consentimiento es bueno durante un año a partir de la fecha indicada a continuación.
- Permita que el proveedor de atención médica dé el tratamiento necesario. Esta atención puede incluir, pero no se limita a:
- Radiología para diagnosticar un problema
- Tomar muestras de sangre que pueden buscar enfermedades contagiosas como la hepatitis y el VIH/SIDA
- Tomar muestras de fluidos o tejido corporales
- Administrar medicamentos, vacunas y vacunas
- No discutiremos salud mental, discapacidades del desarrollo, abuso de alcohol/drogas, genética o VIH/ETS/SIDA sin un formulario de liberación adicional.
- Permita que mi Proveedor trate en situaciones de emergencia si puede salvar la vida o la salud de mi paciente.
- De acuerdo en que la atención en Promise hace hincapié en la coordinación de la atención y la comunicación en lo que nosotros, como equipo, consideramos mejor para el paciente.
- Entender que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado con el que no esté de acuerdo
- **Entender que el copago/pago en su totalidad vence en el momento del servicio.**
- Entender Promise acepta Medicare, Medicaid y la mayoría de los principales seguros comerciales.
- Autorizar a Promise Healthcare a liberar a Medicare/Medicaid/seguro, la información médica privada necesaria para procesar las reclamaciones de mi/este paciente.
- Acepte que Promise presentará reclamo y completará los pasos para cobrar el pago del seguro.
- Autorizar el pago de Medicare/Medicaid/Seguro que se pagará directamente a Promise.
- Acepte que si Medicare/Medicaid/seguro paga la reclamación en su totalidad, soy responsable de cualquier saldo **restante.**
- Si el copago del paciente y/o el saldo pendiente no se pueden pagar en el momento del servicio, y la naturaleza de la visita no emergencia según lo determinado por la política de tiraje Promesa, la cita puede ser reprogramada.
- Entender Promesa evaluará una tarifa por cheques devueltos. Después de dos cheques devueltos, efectivo o débito/areta de crédito será el único medio de pago aceptable.
- Acepte llamar al menos 24 horas antes de la cita programada para reprogramar o cancelar. Si las llamadas se realizan en menos de 24 horas, la documentación se realizará dentro del gráfico del paciente.
- Después **de tres faltas,** los pacientes serán colocados en un estado de entrada y espera (excepto para citas el mismo día, niños menores de 2 años, y potencialmente un niño menor de 19 años (bajo la discreción del Director Clínico).
- Una copia escrita de la Política de No Show está disponible para todos los pacientes médicos.
- **Para pacientes** pediátricos: Illinois Inmunización Registro (I-CARE): I-CARE, o Illinois Comprehensiva Autómatas Inmunización Registro Exchange, es una aplicación de intercambio de registros de inmunización basada en la web desarrollada por el Departamento de Salud Pública de Illinois. La aplicación permite a los proveedores de atención médica pública y privada compartir los registros de inmunización de los residentes de Illinois con otros médicos en todo el estado. Si se niega a compartir el historial de inmunización de su hijo con I-CARE por favor informe a su persona que lo azoca para obtener el formulario de exclusión voluntaria del registro.

**Signo (Paciente/Padre/Tutor):**_____ **Fecha:** _____

## Por favor, acepte que ha recibido y leído el Aviso de Prácticas de Privacidad firmando a continuación

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Fecha: |
| Firma del Paciente: | Firma del Padre, Tutor o Representante del Paciente (si corresponde): |
| Por favor, describa su derecho legal a actuar en nombre del paciente: | |

**Quejas:**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros. Todas las quejas deben ser dadas por escrito en el formulario proporcionado por Promise Healthcare. Para obtener un formulario, comuníquese con el Administrador del Sitio al (217) 356-1558. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *No será sancionado por presentar una queja.*

promise healthcare

***Promise Healthcare, dedicada a mejorar la salud de la comunidad a través del tratamiento, la prevención y la educación.***

## Autorización al Tutor Legal u Otra Persona para Asistir A Citas Médicas

Nombre del niño: _____

En caso de que no pueda asistir a la cita médica de mi hijo, doy a la siguiente persona o personas mi permiso para que mi hijo sea tratado por el personal de Promise Healthcare.

*** Tenga en cuenta que al firmar este documento usted es consciente de que su hijo puede estar recibiendo medicamentos y/o inyecciones y el designado que aparece está autorizado a firmar para todos y cada uno de los procedimientos.*

| Nombre de Persona que traerá al niño a su cita | Relación con el niño | Número de teléfono |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

_____ _____

Fecha de firma de los padres (expira 1 año a partir de la fecha de firma)

_____ _____

Nombre del padre número de teléfono padre impreso

Revisado - Fecha de vigencia: 04/14/2021

promise healthcare

***Promise Healthcare, dedicada a mejorar la salud de la comunidad a través del tratamiento, la prevención y la educación.***

## ¿QUIÉN PUEDE TENER SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Por favor, rellene este formulario. Nos dirá qué familiares y amigos tienen su permiso para tener su información médica.

| Nombre del Paciente: | Fecha de Nacimiento: |
|---|---|

**ACERCA DE ESTE FORMULARIO:**

1. Deje que los que se enumeran a continuación tengan información sobre su atención médica de pago
   - Informa a los que se enumeran a continuación o a una organización de ayuda en caso de desastre de su ubicación, salud o muerte

**ESTAS PERSONAS PUEDEN TENER MI INFORMACIÓN DE SALUD:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.** Nombre: | | Que relacion tiene con el paciente? | |
| Teléfono #: | Dirección: | | |
| ciudad: | | estado: | Código postal: |
| **2.** Nombre: | | Relación : | |
| Teléfono #: | Dirección: | | |
| ciudad: | | estado: | Código postal: |
| **3.** Nombre: | | Relación : | |
| Teléfono #: | Dirección: | | |
| Ciudad: | | estado: | Código postal: |

**POR FAVOR FIRME AQUÍ:**

Al firmar a continuación, permito que Promise Healthcare hable o publique mi información de salud con las personas mencionadas anteriormente.

**Marque todo lo que aprueba:**

☐ **Toda la información**

☐ **Información de facturación** ☐ **Información de citas** ☐ **Resultados del laboratorio** ☐ **Resultados de las pruebas**

☐ **Tratamiento(s)** ☐ **Servicios dentales**

☐ **Otro:** _____

*****Tenga en cuenta: No discutiremos la salud mental, las discapacidades del desarrollo, el abuso de alcohol/drogas, la genética o el VIH/SIDA/ETS con un formulario adicional de liberación de signos.***

| Firma del paciente/padre/tutor: | Fecha de Hoy: |
|---|---|

**Su permiso expira en un año a menos que se cancele por escrito.**

*Revisado – Efectivo 04/14/2021*

promise healthcare

*Promise Healthcare, dedicated to improving the health of the community through treatment, prevention, and education.*

## Derechos de los pacientes

*Como una persona que recibe servicios a través de Promise Healthcare, usted tiene el derecho:*

- Recibir servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, género, origen nacional o patrocinadores.
- Ser tratado con consideración, respeto y dignidad, incluyendo el tratamiento de la privacidad.
- Estar informado de los servicios disponibles en nuestro centro de salud.
- Ser informado de las disposiciones para la cobertura de emergencia fuera de hora.
- Ser informado de los cargos por servicios, elegibilidad para reembolsos de terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o de costos reducidos.
- Recibir una copia detallada de su estado de cuenta a petición.
- Para obtener de nuestro centro de salud, se puede esperar razonablemente que entienda información completa y actual sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Negarse a participar en la investigación experimental.
- Para recibir de su médico, información necesaria para dar consentimientos informados antes del inicio de cualquier procedimiento y/o tratamiento de no emergencia. Un consentimiento informado incluirá, como mínimo, el suministro de información sobre el procedimiento específico y/o tratamiento, los riesgos razonablemente previsibles involucrados y alternativas para la atención o el tratamiento, si los hubiera, como un médico razonable en circunstancias similares revelaría de una manera que le permita tomar una decisión bien informada.
- Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y estar plenamente informado de las consecuencias médicas de esta acción.
- Expresar quejas y recomendar cambios en las políticas y servicios al personal de la agencia, al administrador de la agencia o al Departamento de Salud sin temor a represalias.
- Expresar quejas sobre la atención y los servicios y que el centro de salud investigue dichas quejas. Promise Healthcare es responsable de proporcionarle a usted o a su designado una respuesta por escrito dentro de los 30 días, si se solicita, indicando las conclusiones de la investigación. La agencia también es responsable de notificarle a usted o a su designado que, si no está satisfecho por la respuesta de la agencia, puede presentar una queja ante la Oficina de Gestión de Sistemas de Salud del Departamento de Salud del Estado de Illinois.
- Tener la privacidad y confidencialidad de toda la información y registros relacionados con su tratamiento en las instalaciones de Promise Healthcare.
- Aprobar o rechazar la información de divulgación del contenido de su registro médico a cualquier profesional de la salud y/o centro de atención médica, excepto según lo requiera la ley o el contrato de pago de terceros.
- Para acceder a su expediente médico.

*Fecha de vigencia: 4/41/2022*

## Prometen aviso de privacidad

***Este aviso describe cómo la información de salud sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revise cuidadosamente.***

**Sus derechos:**
Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

**Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico:**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto. Podemos pedirle que haga la solicitud por escrito.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos.

**Pídenos que corrijamos tu expediente médico:**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que usted cree que es incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto?.
  - Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito dentro de los 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales:**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
  - Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

**Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos:**

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
  - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
  - Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

**Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información:**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha en que se le pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquier otra que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si usted pide otra dentro de los 12 meses.

**Obtenga una copia de este aviso de privacidad:**

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

**Elige a alguien que actúe por ti:**

- Si usted le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
  - Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

**Presentar una queja si siente que sus derechos son violados:**

- Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información en la última página de este aviso, o:
  - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696- 6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ quejas/.

*No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.*

**Sus elecciones:**

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Dinos lo que quieres que hagamos, y seguiremos tus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:**

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Comparta información en una situación de socorro en caso de desastre.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.

**En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:**

- Fines de marketing
- Venta de su información

**En el caso de la recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no nos volvamos a contactar con usted.

**Otros usos y divulgaciones**

¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.
  ***Ejemplo:*** *Un médico que te trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre tu condición de salud general.*
- Podemos usar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
  ***Ejemplo:*** *Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*
- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades.
  ***Ejemplo:*** *Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

**Los ejemplos utilizados en este Aviso de Prácticas de Privacidad son solo ilustraciones y no están destinados a ser una lista completa.**

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Se nos permite o se nos requiere compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

**Ayuda con problemas de salud pública y seguridad:**

- Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:
- Prevención de enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar presuntos abusos, negligencias o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

:

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

**Cumplir con la ley:**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:**

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.

- Podemos compartir información médica con un forense, un médico forense o un director funerario cuando una persona fallece.

**Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno:**

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
  - Para reclamaciones de compensación de trabajadores
  - A efectos de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
  - Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
  - Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

**Responder a demandas y acciones legales:**

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**Protecciones federales de privacidad de la ley y protecciones de privacidad de la ley estatal**

La Ley de HIPAA generalmente no se adelanta ni anula otras leyes que dan a las personas mayores protecciones de privacidad. Si alguna ley estatal o federalaplicable requiere que le proporcionemos más protecciones de privacidad, entonces debemos seguir esa ley además de HIPAA.

Algunos tipos de información de salud pueden tener protección adicional bajo la ley federal o estatal. Por ejemplo, algunos resultados de pruebas genéticas, registros de salud mental, resultados de pruebas de VIH/SIDA, registros educativos y programas de tratamiento de abuso de alcohol y sustancias asistidos por el gobierno federal están sujetos a restricciones especiales en nuestro uso y divulgación bajo diversas leyes.

**Nuestras responsabilidades:**

- Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información que no sea como se describe aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Hága saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ understanding/consumers/noticepp.html

**Cambios en los Términos de este Aviso:**
Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:**

Este aviso cubre los servicios de Promise Healthcare que incluye:

- Centro de Salud Frances Nelson
- Centro Dental SmileHealthy
- Alcance e inscripción en el Mercado de Medicaid y Seguros Médicos
- Prometen atención médica en Rosecrance
- SmileHealthy Móvil, Head Start & Educación

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, puede escribir o llamar al Oficial de Privacidad de Promise Healthcare:

Prometen atención médica

Oficial de Privacidad| Alan Mendoza | amendoza@promisehealth.org

819 Bloomington Road | Champaign, IL 61820 | www.promisehealth.org | (217) 356-1558

*Fecha de vigencia: 11/19/2021*