

# JACKSON-HINDS COMPREHENSIVE HEALTH CENTER

Form 1

Por favor seleccione uno:  Paciente Nuevo  Paciente Establecido

**FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Seg. Nom.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód.Pos.: \_\_\_\_\_

Tel. Fijo: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Está Ud. Empleado?  Sí  No En caso afirmativo, lugar de trabajo \_\_\_\_\_ ¿Es veterano?  Sí  No

<p><b>FECHA DE NACIMIENTO</b></p> <p>____/____/____</p> <p><b>Nº. SEGURO SOCIAL</b></p> <p>____/____/____</p>	<p><b>ESTADO CIVIL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo  <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p><b>¿ERES ESTUDIANTE?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo:                  ¿Cómo se llama la escuela?                  _____</p>	<p><b>GÉNERO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hombre  <input type="checkbox"/> Mujer  <input type="checkbox"/> Transgénero Mu. a Ho.  <input type="checkbox"/> Transgénero Ho. a Mu.  <input type="checkbox"/> Prefiere no responder                  Otro: _____</p>	<p><b>ARREGLOS DE VIVIENDA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dueño / Rentar  <input type="checkbox"/> Sin Hogar  <input type="checkbox"/> Transitorio  <input type="checkbox"/> Viviendo con parientes o amigos  <input type="checkbox"/> Calle</p>
---	--	--	---

<p><b>¿CUAL ES SU RAZA?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático  <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Amer./ Nativo de Alaska  <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Más que una raza  <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino  <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <hr/> <p><b>¿CUAL ES SU IDIOMA NATIVO?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés  <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____  <input type="checkbox"/> Necesita un intérprete</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> No sabe</p>	<p><b>DIRECTIVA ANTICIPADA</b></p> <p><b>¿Tiene una directiva anticipada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No, pero quisiera información adicional  <input type="checkbox"/> No, no estoy interesado</p> <p><i>Una directiva anticipada es una declaración escrita de los deseos de una persona con respecto al tratamiento médico, que a menudo incluye un testamento vital, hecho para garantizar que esos deseos se cumplan, si la persona no puede comunicarlos a un médico.</i></p>	<p><b>CONTATO DE EMERGENCIA</b></p> <p>Nombre: _____                  Relación: _____                  Nº. tel: _____</p> <hr/> <p><b>¿COMO SUPISTE DE NOSOTROS?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sitio Web/Motor de Búsqueda  <input type="checkbox"/> Redes Sociales  <input type="checkbox"/> Radio  <input type="checkbox"/> Evento de Comunidad/Área  <input type="checkbox"/> Folleto/Formulario de Inscripción  <input type="checkbox"/> Amigos o Parientes  <input type="checkbox"/> Otro _____</p>
--	--	--

**INFORMACION DEL SEGURO**

¿Qué cobertura de seguro de salud tiene? Por favor marque todos los que apliquen:

Medicaid  Medicare  Seguro de Salud Privado  Dental  Sin Seguro

Nombre del Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Nº. de Póliza: \_\_\_\_\_ Nº. de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Nº. de Póliza: \_\_\_\_\_ Nº. de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Nº. de Póliza: \_\_\_\_\_ Nº. de Grupo: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

**Preste la siguiente información sobre la parte responsable que se facturará, si caso no sea el paciente**

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ No. Tel.: \_\_\_\_\_ No. SS: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN: Yo, el paciente o el padre / garante, autorizo a cualquier titular de información sobre mí a divulgar a Medicaid, Medicare o al proveedor de seguros, cualquier información necesaria para la liquidación de mis reclamos. Entiendo que los reclamos aprobados se deducirán de mis beneficios asignados, ya sea que se presten en una de nuestras clínicas o centros de salud móviles. Solicito que todos los beneficios del seguro de salud sean pagaderos a Jackson Hinds Comprehensive Health Center.

Firma del Paciente o Tutor de menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parte de ser su socio de atención médica indispensable significa ofrecer un descuento de tarifa deslizante amigable para el paciente. JHCHC mantiene un procedimiento estándar para los pacientes calificados para descuentos de tarifa deslizante para los servicios prestados. Los descuentos en tarifas deslizantes están disponibles para pacientes con todos los ingresos iguales o inferiores al 200% de las pautas federales de pobreza. Los descuentos por tarifas deslizantes se aplican a todos los servicios de JHCHC proporcionados directamente y a todos los servicios en el ámbito. Las oportunidades de asistencia están disponibles para todos los pacientes calificados, independientemente de si usted tiene seguro. Por favor complete la solicitud y **ASEGÚRESE** de adjuntar toda la documentación solicitada. Las solicitudes que carezcan de la prueba de ingresos requerida saldrán anuladas después de 30 días y usted será responsable de cualquier visita posterior en Jackson-Hinds.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ N° SS: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Cód. Postal)

**POR FAVOR, INDIQUE SUS ARREGLOS DE VIVIENDA ACTUALES**

- Dueño / Rentar
- Refugio para personas sin vivienda / Nombre del refugio \_\_\_\_\_
- Transitorio (Viviendo en un centro de rehabilitación) / Nombre del hogar de transición \_\_\_\_\_
- Duplicar (Viviendo con parientes o amigos)
- Calle

**LISTA DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR**

NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE	EDAD		INGRESOS Por favor circule uno: Semanal, Mensual, Anual	FUENTE DE INGRESOS Trabajo, SSI, Beneficios SNAP , etc.
	<b>PROPIO</b>				
<b>Ingreso Anual Total del Hogar</b>					

**\*\* TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON MÁS DE 21 AÑOS LISTADOS ARRIBA DEBEN PRESENTAR INGRESOS O UNA CARTA NOTARIZADA QUE DECLARA QUE NO TIENE INGRESOS Y VIVE CON UD. SIN CARGO\*\***

**Por favor lee con cuidado antes de firmar:**

Por la presente certifico que he examinado el contenido de este formulario y, según mi leal saber y entender, dichos contenidos son declaraciones verdaderas y correctas de los ingresos y el tamaño de mi familia. Además, entiendo que debo proporcionar esta información al menos una vez al año para recibir un descuento de tarifa variable por los servicios. Entiendo que si solicito asistencia financiera y no tengo ninguna fuente de ingresos o no tengo comprobante de ingresos conmigo hoy, Jackson-Hinds descontará mis servicios solo para la visita de hoy. **Sin embargo, seré totalmente responsable de cualquier visita posterior a Jackson-Hinds, si no traigo un comprobante de ingresos.** Entiendo que ciertos pagos pueden ser requeridos al momento o antes de la prestación de los servicios. También entiendo que se me facturarán los cargos no pagados por mi asegurador, y seré responsable de pagarlos. Cualquier declaración falsa, documentos u ocultación de un hecho material me descalificará para recibir descuentos de tarifas móviles.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA CUIDAR DE:**

Yo, el abajo firmante, para mí o para un niño menor u otra persona para quien tengo autoridad para firmar, me he registrado en el Centro de Salud Integral Jackson-Hinds (JHCHC) con el propósito de obtener servicios de salud, por el presente doy mi consentimiento voluntario para dicho diagnóstico y servicio de tratamiento, según lo ordenado por un proveedor, dentista u otro proveedor de atención médica calificado de JHCHC. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluido el tratamiento por parte de un proveedor de nivel medio (enfermera practicante o asistente médico) y otros proveedores de atención médica o los designados bajo la dirección de un médico, según se considere razonable y necesario. Reconozco que tengo derecho a rechazar cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento específico sin poner en peligro mi derecho a recibir servicios en el centro de salud. También reconozco que se me pedirá que firme un consentimiento específico, según sea necesario, para procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos especiales, incluida la anestesia local general y / o extensa.

Reconozco que, de acuerdo con las leyes del Estado de Mississippi, no se requiere el consentimiento de los padres en el caso de que un menor busque tratamiento de una infección de transmisión sexual o una mujer, independientemente de su edad o estado civil, que busque servicios de diagnóstico o tratamiento en relación con embarazo o parto.

Estoy de acuerdo y reconozco que JHCHC no es responsable de las acciones u omisiones o de las instrucciones dadas por el médico, dentista u otro proveedor calificado de atención médica de JHCHC. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado los resultados de los tratamientos o exámenes en las instalaciones de JHCHC. Además, autorizo al centro de salud a proporcionar la información solicitada del paciente a las entidades legales, de salud, sociales y gubernamentales requeridas, según sea necesario.

**ATENCION DESPUÉS DE HORAS HÁBILES**

Para servicios después de horas hábiles normales, llame al 601-362-5321. Un representante de guardia le ayudará.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE JHCHC**

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de JHCHC, que describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre mí y cómo puedo acceder a esta información.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Entiendo que JHCHC usará y divulgará mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo, reconozco y doy mi consentimiento para la divulgación de mi información personal de salud para los fines descritos en esta sección, como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad que se me ha ofrecido, y según lo permita la ley. Entiendo y reconozco que JHCHC puede registrar información médica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento en papel, electrónico, fotográfico, video y otros formatos y que dicha información se utilizará en el curso de mi tratamiento, con fines de pago y para apoyar las operaciones de atención médica. Doy mi consentimiento para que mis médicos tratantes y otros proveedores de atención médica intercambien información con otros profesionales y proveedores de atención médica sobre mis condiciones de salud anteriores y actuales para facilitar el tratamiento. Entiendo que la telemedicina (definida como el uso de información médica intercambiada de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas para la salud del paciente, incluidos los servicios de consulta, diagnóstico y tratamiento) puede emplearse para facilitar mi atención médica. Toda transmisión electrónica de datos estará restringida a destinatarios autorizados de conformidad con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y las leyes estatales de privacidad aplicables.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Entiendo que tengo el derecho y la responsabilidad de participar en mi atención y tratamiento. Entiendo que tengo derecho a ser informado sobre el tratamiento que se recomienda y la responsabilidad de hacer preguntas si no lo entiendo. Acepto proporcionar información precisa y completa sobre mi historial de salud y presentar una queja, acordar un plan de tratamiento y seguir ese plan. Acepto participar y cooperar en mi propio cuidado y tratamiento. Entiendo que mis proveedores de atención médica me tratarán con respeto y acepto hacer lo mismo por ellos. Se puede encontrar más información en el folleto de Derechos y Responsabilidades del Paciente, que se me ha ofrecido.

**RESPONSABILIDAD POR EL PAGO**

En consideración de los servicios que JHCHC me proporcionó, acepto pagar a los profesionales de JHCHC involucrados en mi atención por todos los servicios y suministros que se me brindan. Si el seguro médico privado, Medicare, Medicaid, otros programas gubernamentales u otros programas de seguros cubren mi tratamiento, autorizo a JHCHC a facturar a cualquier aseguradora por todos los cargos incurridos por mí en relación con mi diagnóstico, atención y tratamiento. Mi cobertura de seguro puede estipular que parte del monto de la factura seguirá siendo mi responsabilidad personal, como mi deducible, copago, coseguro o cargos no cubiertos por mi seguro de salud, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa para el que sea elegible. Entiendo que ciertos pagos pueden ser requeridos al momento o antes de la prestación de los servicios. También entiendo que se me facturarán los cargos no pagados por mi asegurador, y seré responsable por ellos.

**CERTIFICACION DE PACIENTES**

HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTO TOTALMENTE el Consentimiento general anterior para el diagnóstico y el tratamiento. Este consentimiento entrará en vigencia en la fecha de mi firma / firma electrónica y permanecerá vigente mientras el paciente mencionado anteriormente utilice los servicios de JHCHC, a menos que sea revocado por escrito y enviado a JHCHC. Por la presente firmo mi firma / firma electrónica a continuación como mi acto libre y voluntario.

---

Firma / Firma electrónica del paciente o tutor legal

---

Relación con el paciente

---

Fecha

La prescripción electrónica se define como la capacidad de un médico de enviar electrónicamente recetas sin errores, precisas y comprensibles directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La receta electrónica reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un programa de receta electrónica. Estos incluyen:

- Formulario y transacciones de beneficios: le brinda al recetador información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones de historial de medicamentos: proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar la cantidad de eventos adversos de medicamentos.
- Notificación de estado de surtido: permite al recetador recibir un aviso electrónico de la farmacia que le informa si la receta del paciente se ha recogido, no se ha recogido o se ha llenado parcialmente.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Jackson-Hinds Comprehensive Health Center puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o de terceros que pagan beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Comprendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado al Jackson-Hinds Comprehensive Health Center para que me inscriba en el programa e-Prescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

### FARMACIA PREFERIDA

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN DE PACIENTES

HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO TOTALMENTE el Consentimiento anterior para la Prescripción Electrónica. Este consentimiento entrará en vigencia en la fecha de mi firma / firma electrónica y permanecerá vigente mientras el paciente mencionado anteriormente utilice los servicios de JHCHC, a menos que sea revocado por escrito y enviado a JHCHC. Por la presente firmo mi firma / firma electrónica a continuación como mi acto libre y voluntario.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma / Firma electrónica del  
Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# CENTRAL MISSISSIPPI CIVIC IMPROVEMENT ASSOCIATION, INC.

## D/b/a JACKSON-HINDS COMPREHENSIVE HEALTH CENTER

### NOTIFICACIONES DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE

Una regulación federal, conocida como la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Regla de Privacidad de HIPAA), requiere que todos los registros médicos y la información de salud individualmente identificable utilizada o revelada por el Centro de Salud Integral Jackson-Hinds (JHCHC) en cualquier forma, ya sea electrónicamente, por escrito u oralmente, se mantengan confidenciales. La regla de privacidad de HIPAA le otorga a usted, el paciente, el derecho de comprender y controlar cómo se usa, recopila y almacena su información de salud en un registro médico. JHCHC es la organización matriz de 11 centros de salud y 27 sitios de base escolar. Este es su registro médico; que es propiedad de JHCHC, pero la información en los registros médicos le pertenece a usted. Sus registros requieren que abordemos muchas cosas específicas en este aviso

#### NUESTRO COMPROMISO DE PROTEGER LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED

En este aviso, JHCHC describe las formas en que JHCHC puede usar y divulgar información de salud sobre nuestros pacientes. La regla de privacidad de HIPAA requiere que JHCHC proteja la privacidad de la información de salud que identifica a un paciente o que puede usarse para identificar a un paciente. Esta información se denomina "Información de salud protegida" o "PHI". Este aviso describe sus derechos como nuestro paciente y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de PHI. La ley exige que JHCHC:

- Mantenga la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le entregue este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI.
- Cumpla con los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad actualmente en vigencia.

**Se requiere que JHCHC cumpla con los términos de este aviso, que JHCHC puede cambiar de vez en cuando. Cualquier notificación nueva será efectiva para toda la PHI que JHCHC mantiene en ese momento. JHCHC también le proporcionará una copia de la notificación revisada a su solicitud.**

#### CÓMO JHCHC PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SOBRE USTED

Para usos y divulgaciones relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, JHCHC no necesita una autorización para usar y divulgar su información médica y de salud mental.

**Tratamiento:** JHCHC puede usar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. JHCHC puede consultar con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y coordinar y administrar su atención médica con otros. Por ejemplo, JHCHC puede usar y divulgar su PHI cuando necesite una receta, análisis de laboratorio, radiografías u otros servicios de atención médica. Además, JHCHC puede usar y divulgar su PHI cuando lo remita a otro proveedor de atención médica para que el proveedor de atención médica tenga la información necesaria para tratarlo.

**Pago:** JHCHC puede usar y divulgar PHI para que JHCHC pueda facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que se le brindan. Antes de proporcionar tratamiento o servicios, JHCHC puede compartir detalles con su plan de salud sobre los servicios que está programado para recibir. Por ejemplo, JHCHC puede solicitar la aprobación de pago de su plan de salud antes de que JHCHC brinde atención o servicios. JHCHC puede usar y divulgar su PHI para averiguar si su plan de salud cubrirá el costo de la atención y los servicios que JHCHC brinda. JHCHC puede usar y divulgar su PHI para confirmar que está recibiendo la cantidad adecuada de atención para obtener el pago de los servicios. JHCHC puede usar y divulgar PHI para facturación, gestión de reclamos y actividades de cobro. JHCHC puede divulgar su PHI a compañías de seguros que le brinden cobertura adicional. JHCHC puede divulgar PHI limitada a las agencias de informes del consumidor relacionadas con el cobro de los pagos que nos deben. JHCHC también puede divulgar PHI a otro proveedor de atención médica o a una compañía o plan de salud requerido para cumplir con la Regla de Privacidad de HIPAA para las actividades de pago de ese proveedor de atención médica, compañía o plan de salud. Por ejemplo, JHCHC puede permitir que una compañía de seguros de salud revise la PHI de las actividades de la compañía de seguros para determinar los beneficios del seguro que se pagarán por su atención.

**Operaciones de atención médica:** JHCHC puede usar y divulgar PHI para realizar actividades comerciales que se denominan operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen hacer cosas que nos permiten mejorar la calidad de la atención que brinda JHCHC y reducir los costos de atención médica.

**Requerido por la ley:** JHCHC puede usar y divulgar su PHI según lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Cualquier divulgación cumple con la ley y se limita a los requisitos de la ley.

**Actividades de salud pública:** JHCHC puede usar o divulgar PHI a las autoridades de salud pública u otras personas autorizadas para llevar a cabo ciertas actividades relacionadas con la salud pública. Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Para informar enfermedad, lesión, nacimiento o muerte. Para reportar abuso o negligencia infantil. Para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos regulados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos u otras actividades relacionadas con la calidad, seguridad o efectividad de los productos o actividades regulados por la FDA. Para localizar y notificar a las personas sobre el retiro del mercado de productos que puedan estar utilizando. Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa para controlar quién puede estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad. Para informar a su empleador, en circunstancias limitadas, información relacionada principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo, o vigilancia médica en el lugar de trabajo.

**Abuso, negligencia o violencia doméstica:** JHCHC puede divulgar PHI en ciertos casos a las autoridades gubernamentales apropiadas si JHCHC cree razonablemente que un paciente ha sido víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia.

**Actividades de supervisión de la salud:** JHCHC puede divulgar PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión que incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y actividades disciplinarias realizadas por las agencias de supervisión de la salud.

**Demandas judiciales y otros procedimientos legales:** JHCHC puede usar o divulgar su PHI cuando lo requiera una orden judicial o de un tribunal administrativo. JHCHC también puede divulgar PHI en respuesta a citaciones, solicitudes de descubrimiento u otros procesos legales requeridos.

**Cumplimiento de la ley:** bajo ciertas condiciones, JHCHC puede divulgar su PHI a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Estos propósitos de aplicación de la ley incluyen: Solicitudes limitadas de identificación y ubicación; Procesos legales requeridos por ley; Sospecha de que ha ocurrido la muerte como resultado de una conducta criminal; En el caso de que ocurra un delito en las instalaciones de la práctica; Perteneciente a las víctimas de un delito; y En respuesta a una emergencia médica que no ocurre en la oficina, donde es probable que haya ocurrido un delito.

**Médicos forenses y examinadores médicos:** JHCHC puede divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida y determinar la causa de la muerte.

**Donación de órganos y tejidos:** si usted es un donante de órganos, JHCHC puede usar o divulgar su PHI a organizaciones que ayudan a obtener, localizar y trasplantar órganos para facilitar una donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.

**Investigación:** JHCHC puede usar y divulgar su PHI para fines de investigación bajo ciertas circunstancias limitadas. JHCHC debe obtener una autorización por escrito para usar y divulgar su PHI para fines de investigación, excepto en situaciones en que un proyecto de investigación cumpla con criterios específicos y detallados establecidos por la Norma de Privacidad de HIPAA.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** JHCHC puede usar o divulgar su PHI en circunstancias limitadas cuando sea necesario para evitar una amenaza para la salud o la seguridad de una persona o del público. Esta divulgación solo se puede hacer a una persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

**Funciones gubernamentales especializadas:** bajo ciertas circunstancias, JHCHC puede divulgar PHI. Para ciertas actividades militares y de veteranos, incluida la determinación de elegibilidad para los beneficios de veteranos y cuando las autoridades del comando militar lo consideren necesario. Para actividades de seguridad nacional e inteligencia. Para ayudar a proporcionar servicios de protección para el presidente y otros. Para la salud o seguridad de los reclusos y otros en instituciones correccionales.

**Divulgaciones requeridas por la Regla de privacidad de HIPAA:** JHCHC debe divulgar la PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario lo solicite para revisar nuestro cumplimiento con la Regla de privacidad de HIPAA. JHCHC también está obligado en ciertos casos a divulgar su PHI cuando solicite acceder a la PHI o para un informe de ciertas divulgaciones de su PHI.

**Compensación de trabajadores:** JHCHC puede divulgar su PHI según lo autorizado por las leyes de compensación de trabajadores u otros programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Fallecidos:** en caso de fallecimiento del paciente, JHCHC puede hacer divulgaciones relevantes a la familia y amigos del fallecido bajo esencialmente las mismas circunstancias que se permiten a JHCHC cuando el paciente estaba vivo; es decir, cuando estas personas estaban involucradas en la atención o el pago de la atención a menos que el difunto hubiera expresado una preferencia contraria.

**Vacunas para la infancia:** JHCHC puede divulgar las vacunas a las escuelas requeridas para obtener un comprobante de inmunización antes de admitir al estudiante, siempre que los médicos tengan y documenten el "acuerdo informal" del paciente o del representante legal del paciente para la divulgación.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Todos los demás usos y divulgaciones de PHI sobre usted solo se realizarán con su autorización por escrito. Si nos ha autorizado a usar o divulgar su PHI, puede revocar su autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que JHCHC haya actuado en base a la autorización. Usted comprende que JHCHC no puede retirar ninguna divulgación que JHCHC ya haya realizado con su permiso, y que JHCHC debe conservar nuestros registros de la atención que JHCHC le brindó.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SOBRE USTED**

Según la ley federal, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

**Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar restricciones adicionales a la PHI que JHCHC puede usar para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También puede solicitar restricciones adicionales en nuestra divulgación de PHI a ciertas personas involucradas en su atención que, de lo contrario, están permitidas por la Regla de Privacidad. JHCHC no está obligado a aceptar su solicitud. Si JHCHC acepta su solicitud, se requiere que JHCHC cumpla con nuestro acuerdo, excepto en ciertos casos, incluso cuando la información es necesaria para tratarlo en caso de una emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento. En su solicitud, incluya (1) la información que desea restringir (2) cómo desea restringir la información y (3) a quién desea que se apliquen esas restricciones. También tiene derecho a solicitar que no se divulguen los servicios prestados que pagó en su totalidad y que no fueron facturados a su compañía de seguros; esta solicitud debe hacerse por escrito. Por ejemplo, para los servicios que solicita que no se presente una reclamación de seguro y que paga de forma privada, tiene derecho a restringir la divulgación de estos servicios que pagó de su bolsillo.

**Derecho a recibir comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que reciba comunicaciones relacionadas con la PHI de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que JHCHC lo contacte en su hogar, en lugar de en el trabajo. Debe hacer su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento. Debe especificar cómo desea ser contactado (por ejemplo, por correo postal a su apartado postal y no a su casa). Se requiere que JHCHC tenga en cuenta las solicitudes razonables acordadas.

**Derecho a acceder, inspeccionar y copiar:** tiene derecho a solicitar la oportunidad de acceder, inspeccionar y recibir una copia de su PHI en ciertos registros que mantiene JHCHC. Esto incluye sus registros médicos y de facturación, pero no incluye ninguna nota de psicoterapia o información recopilada o preparada para un procedimiento civil, penal o administrativo. JHCHC puede denegar su solicitud de acceso, inspección y copia de PHI solo en circunstancias limitadas. Si JHCHC niega su acceso, JHCHC le dará razones por escrito para la denegación y le explicará cualquier derecho a que se revise la denegación. Comuníquese con nuestro Oficial de cumplimiento si tiene preguntas sobre el acceso a su registro médico. Si solicita una copia de la PHI sobre usted, JHCHC puede cobrarle una tarifa razonable por la copia, el franqueo y los suministros utilizados para satisfacer su solicitud.

**Derecho a enmendar:** Usted tiene derecho a solicitar que JHCHC modifique su PHI siempre que dicha información sea guardada por o para nuestra oficina. Para realizar este tipo de solicitud, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Cumplimiento. También debe darnos una razón para su solicitud. JHCHC puede denegar su solicitud en ciertos casos.

**Derecho a recibir un informe de divulgaciones:** tiene derecho a solicitar un "informe" de ciertas divulgaciones que JHCHC ha hecho de PHI sobre usted. Esta es una lista de divulgaciones realizadas por nosotros que no sean divulgaciones realizadas para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a recibir información específica sobre estas divulgaciones que ocurrieron después del 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita, pero JHCHC puede cobrarle por nuestros costos razonables de proporcionar listas adicionales en el mismo período de 12 meses. JHCHC le informará sobre estos costos, y usted puede optar por cancelar su solicitud en cualquier momento antes de incurrir en costos. En algunas circunstancias limitadas, tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que JHCHC ha realizado durante los seis años anteriores. La lista no incluirá divulgaciones hechas a usted; para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, para las cuales usted firmó una autorización o por otros motivos por los cuales JHCHC no está obligado a mantener un registro de divulgaciones. No se cobrará hasta una lista de este tipo cada año. Puede haber un cargo por solicitudes más frecuentes.

**Derecho a una copia impresa de este aviso:** tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. **Derecho a proporcionar una dirección alternativa:** tiene derecho a solicitar que JHCHC le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos. JHCHC considerará su solicitud, pero no está legalmente obligado a aceptar la restricción. JHCHC aceptará su solicitud siempre que sea razonablemente fácil para nosotros hacerlo.

**Derecho de notificación:** en caso de divulgación no autorizada o acceso a su PHI, JHCHC se comunicará con usted a la brevedad según lo exija la ley.

### **QUEJAS:**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros y / o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). JHCHC no tomará represalias contra usted por presentar una queja. JHCHC respalda su derecho a la privacidad de su información de salud. Si tiene preguntas sobre este Aviso o cualquier queja sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento por teléfono o por escrito de la siguiente manera: Atención: Director de Cumplimiento; Centro de salud integral Jackson-Hinds; 3502 West Northside Drive; Jackson, Mississippi 39213; Tel: 601-362-5321

### **CERTIFICACION DE PACIENTES**

HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTO TOTALMENTE el Aviso de prácticas de privacidad anterior. Este reconocimiento entrará en vigencia en la fecha de mi firma / firma electrónica y permanecerá vigente mientras el paciente mencionado anteriormente utilice los servicios de JHCHC, a menos que sea revocado por escrito y enviado a JHCHC. Por la presente firmo mi firma / firma electrónica a continuación como mi acto libre y voluntario.

\_\_\_\_\_  
Firma / Firma electrónica del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha