South Central Family Health Center

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Must be completed annually

Medical Record #:

☐ New Patient ☐ Established Patient **PSR:**_____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO LEGAL	**NOMBRE LEGAL**	**SEGUNDO NOMBRE** *si corresponde
FECHA DE NACIMIENTO	**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**	**NOMBRE PREFERIDO**

DIRECCIÓN	**CIUDAD y ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**	**ESTADO CIVIL** ☐ Soltero **(a)** ☐ Casado(**a**) ☐ Divorciado **(a)** ☐ Viudo **(a)** ☐ Legalmente Separado **(a)** ☐ Otro: ___

TELÉFONO DE CASA	**TELÉFONO CELULAR**	**TELÉFONO DE TRABAJO**	**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO**

La siguiente información es solicitada por los programas gubernamentales para evaluar las disparidades de salud y los riesgos ambientales para las poblaciones vulnerables. Sus respuestas son **CONFIDENCIALES** *y no afectarán su atención.* ***(cuidado medico)***

LENGUA MATERNA/ Idioma nativo ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ OTROS	**¿NECESITA TRADUCCIÓN SI NECESITA COMUNICARTE EN INGLÉS?** ☐ SI ☐ NO	**¿TIENE UNA DISCAPACIDAD MENTAL O FÍSICA?** ☐ SI ☐ NO
SEXO Género AL NACER ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO	**IDENTIDAD DE GÉNERO** ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO ☐ GÉNERO QUEER ☐ HOMBRE TRANSGÉNERO (DE MUJER A HOMBRE) ☐ MUJER TRANSGÉNERO (DE HOMBRE A MUJER) ☐ PREFIERO NO CONTESTAR ☐ OTROS	**ORIENTACIÓN SEXUAL** ☐ HETEROSEXUAL ☐ LESBIANA ☐ GAY ☐ BISEXUAL ☐ NO SE ☐ PREFIERO NO CONTESTAR

¿CUÁL ES SU ETNICIDAD? ☐ HISPANOS O LATINOS ☐ MEXICANOS ☐ CHICANO MEXICOAMERICANO ☐ ESPAÑOL ☐ CUBANO ☐ PUERTORRIQUEÑO ☐ NO HISPANOS O LATINOS ☐ PREFIERO NO CONTESTAR	**RAZA** ***Seleccione TODAS las que correspondan**** ☐ BLANCO ☐ AFROAMERICANO ☐ INDIO / NATIVO DE ALASKA ☐ ASIÁTICO ☐ ASIÁTICO INDIO ☐ FILIPINO ☐ CHINO ☐ COREANO ☐ VIETNAMITA ☐ OTRA ERNICIDAD ASIATICA, ☐ SAMOANOS ☐ HAWAIANO NATIVO U OTROS ISLENO DEL PACIFICO ☐ GUAMANÍES O CHAMORRO ☐ NATIVOS ☐ PREFIERO NO CONTESTAR

¿ES USTED UN TRABAJADOR MIGRANTE O TRABAJADOR TEMPORAL? ☐ MIGRANTE ☐ TEMPORAL ☐ PREFIERO NO CONTESTAR	**¿ES USTED UN VETERANO militar?** ☐ SÍ ☐ NO ☐ PREFIERO NO CONTESTAR	**¿USTED FUMA?** ☐ SI ☐ NO

Si el paciente es menor de edad (0-17 años), el padre o tutor DEBE completar la información a continuación.

NOMBRE DEL PADRE / GUARDIAN	**FECHA DE NACIMIENTO**	**NÚMERO DE CONTACTO**	**RELACIÓN** ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián
NOMBRE DEL PADRE / GUARDIAN	**FECHA DE NACIMIENTO**	**NÚMERO DE CONTACTO**	**RELACIÓN** ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián

TAMAÑO DE LA FAMILIA	**INGRESO MENSUAL DEL HOGAR: $**	**¿ESTA USTED SIN HOGAR O VIVE EN UN REFUGIO?** ☐ SI ☐ NO

CONTACTO DE EMERGENCIA *Familiares o amigos que NO viven con usted*

NOMBRE | APELLIDO	**NÚMERO DE CONTACTO**	**RELACIÓN**
NOMBRE | APELLIDO	**NÚMERO DE CONTACTO**	**RELACIÓN**

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

¿LE GUSTARÍA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO? ☐ SI ☐ NO	**¿LE GUSTARIA TENER ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE?** ☐ SI ☐ NO

FIRMA DE RECONOCIMIENTO

Entiendo que este formulario de certificación de elegibilidad es un documento legal y certifico que la información es verdadera a mi leal saber y entender. Reconozco que esta información está sujeta a verificación y que los errores o inexactitudes podrían resultar en la pérdida de la elegibilidad para los programas. Esta información se mantendrá confidencial. Doy permiso para que yo o mi hijo recibamos tratamiento en South Central Family Health Center, y entiendo que puedo surtir mis recetas en cualquier farmacia. SCFHC participa en varios intercambios de información de salud en los que sus registros médicos pueden ser compartidos con otros proveedores que están involucrados en su atención.

FIRMA DEL ☐ PACIENTE | ☐ PADRE/GUARDIAN	**FECHA**

South Central Family Health Center

Medical Record #	Date of Birth:
Patient Name:	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO (ADULTO/MENOR)

Uso y divulgación de su Infomacion de Salud Protegida:

Su información protegida de salud puede ser usada por South Central Family Health Center (SCFHC) y las clínicas adicionales listadas abajo **adicionales mencionadas a continuación** o revelada a otros solamente por el propósito de su tratamiento de cuidado de salud y obteniendo pago o apoyando las operaciones diarias de cuidado de salud de la práctica. Información de Salud Protegida (PHI) no será divulgada sin su consentimiento expreso por escrito. Usted tiene derecho a ver su PHI y puede solicitar un aviso de divulgaciones detallando a quién se ha distribuido su PHI (se aplican algunas restricciones).

Aviso de prácticas de privacidad:

Puede consultar el Aviso de Privacidad para obtener una descripción más completa de cómo puede utilizarse y divulgarse su PHI. Puede revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. El aviso se ha publicado para su comodidad, o puede solicitar una copia personal.

Solicitud de restricción del uso o divulgación de su información:

Usted puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su PHI. South Central Family Health Center, y las clínicas adicionales mencionadas a continuación pueden o no estar de acuerdo en restringir el uso o divulgación de su PHI. Si las clínicas mencionadas están de acuerdo con su petición, la restricción será obligatoria para la organización. El uso o divulgación de la PHI en violación de una restricción acordada de las normas federales de privacidad. Doy permiso para que yo/mi hijo(a) reciba tratamiento en SCFHC y/o en las clínicas mencionadas en la lista y entiendo que puedo surtir mis recetas en cual quier farmacia.

Revocación del consentimiento:

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su PHI, cuando usted lo desee. Este consentimiento tendra que ser por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya se haya producido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.

Reserva del derecho a modificar las prácticas de privacidad:

South Central Family Health Center, y las clínicas enumeradas a continuación reservan el derecho de modificar la privacidad y las prácticas descritas en su Aviso de Prácticas de Privacidad. Los pacientes tienen derecho a rechazar o finalizar los servicios en cualquier momento.

He revisado este formulario de Divulgación de Información Médica Protegida y Consentimiento para Tratamiento (Adulto/Menor) y doy mi permiso a South-Central Family Health Center y a las clínicas que se mencionan a continuación para usar y divulgar mi Información Médica Protegida (PHI) de acuerdo con lo que se menciona en este documento.

No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja. Póngase en contacto con nuestro Director Médico o con la Oficina de Privacidad llamando al (323) 908-4200.

Firma del paciente: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Relación con el paciente: _____

Must be completed annually* Debe completer anualmente

For Reviewed for Completion by (PSR Name):_____

South Central Family Health Center

Medical Record #:	Date of Birth:
Patient Name:	

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi seguro, a menos que esté específicamente exento por el contrato de mi compañía de seguros con South-Central Family Health Center (SCFHC).

Yo, (Nombre del paciente)_____, por la presente certifico que soy elegible para (Nombre del seguro)_____, beneficios efectivos en _____. He elegido SCFHC para ser mi proveedor médico. Entiendo que, si lo anterior no es cierto, soy responsable de todos los cargos relacionados con los servicios que se me proporcionen. Además, si lo anterior no es cierto, acepto pagar la totalidad de todos los servicios recibidos dentro de los 30 días de haber recibido una factura de SCFHC.

Firma:_____ **Fecha:**_____

ACEPTO DE HABER RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DE LA DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE DE SCFHC

Al firmar este documento, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Este aviso explica cómo mi información personal puede ser utilizada y divulgada por los consultorios médicos de SCFHC, y los Derechos y Responsabilidades del Paciente.

Nombre en letra de molde: _____ **Firma:**_____ **Fecha:**_____

COMUNICACIONES POR NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

Al proporcionar mi número de teléfono celular a las oficinas de SCFHC en este formulario, acepto recibir llamadas automatizadas, mensajes pregrabados y/o mensajes de texto relacionados con mi atención médica por parte de SCFHC, y sus afiliados y sus respectivos médicos. Reconozco que las condiciones de uso de los mensajes de texto se incluirán en el primer mensaje de texto que reciba. Reconozco y acepto que los mensajes de texto, que se enviarán a través de medios no encriptados, pueden contener Información de Salud Protegida (PHI) y que existe cierto riesgo de divulgación o intercepción de estos mensajes. Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. La revocación del consentimiento para mensajes de texto o llamadas automáticas puede hacerse respondiendo STOP a los mensajes de texto o llamando al (323)908-4200.

Nombre en letra de molde: _____ **Firma:**_____ **Fecha:**_____

ACEPTO HABER RECIBIDO LA DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCION MEDICA

South Central Family Health Center, en cumplimiento de la Ley de Autodeterminación del Paciente de 1990, garantiza el derecho del paciente a la autodeterminación invitando a los pacientes a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. Esto se logra a través de la planificación y comunicación de sus deseos de tratamiento médico a través de un Formulario de Reconocimiento de Directiva de Atención Médica Avanzada. Mis **iniciales** junto a una de las siguientes afirmaciones indican mi estado actual de Directiva Anticipada.

_____ He proporcionado una copia de mi Formulario de Instrucciones Anticipadas de Atención Médica a SCFHC para que se incluya en mi historia clínica.
_____ Proporcionaré una copia de mi Formulario de Instrucciones Anticipadas de Atención Médica a SCFHC.
_____ En este momento no tengo una Directiva Anticipada de Atención Médica. Entiendo que es mi responsabilidad discutir este asunto con mi Proveedor de Atención Primaria.

Mi firma reconoce que he informado a SCFHC de mi derecho a participar en la toma de decisiones sobre mi tratamiento médico mediante la ejecución de una Directiva anticipada de atención médica.

Firma del paciente: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Firma del testigo: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

For Office Use Only: Written and verbal information was provided to the patient (Advance Healthcare Directive Packet) Comments: _____

South Central Family Health Center

Medical Record #	Date of Birth:
Patient Name:	

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA PERSONAL CON OTRAS PERSONAS

Instrucciones:

1. Escriba el nombre de todos los familiares u otras personas que participan en la atención medica del paciente y haga que el paciente o su representante personal firmen y fechen el formulario.
2. Si el representante personal del paciente firma el formulario en nombre del paciente, también deberá firmar y fechar el reconocimiento de que tiene autoridad legal para hacerlo.

Personas a quienes South Central Health Center (SCFHC) puede divulgar mi información médica personal para fines de coordinación de la atención:

Por la presente otorgo a SCFHC, sus subsidiarias y organizaciones asociadas permiso para discutir mi información de salud con las personas indicadas a continuación en lo que respecta a su participación en la coordinación de mi atención y el pago de los servicios de atención médica que recibo.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

Entiendo que si no enumero a nadie y no estoy presente o estoy incapacitado, SCFHC puede compartir mi información con familiares y amigos u otras personas que SCFHC haya determinado, basándose en su criterio profesional, que es en mi mejor interés y necesario para la coordinación de la atención y/o el pago de los servicios de atención médica que he recibido de SCFHC. Este formulario reemplaza todos y cada uno de los formularios completados anteriormente. Todos los formularios anteriores quedan revocados por el presente.

Firma del paciente: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Relación con el paciente: _____

Entiendo que tengo la capacidad de revocar a los representantes identificados en cualquier momento haciendo modificaciones directamente en el formulario y/o eligiendo revocar todos los derechos con todos los individuos identificados seleccionando la opción abajo.

☐ Revocar todos los derechos a discutir información sanitaria personal con todas las personas mencionadas anteriormente.

Firma del paciente: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Relación con el paciente: _____

Si el paciente es menor de edad o tiene representante personal, declaro que soy el representante personal legal del paciente arriba mencionado y que tengo la autoridad legal para actuar en nombre del paciente en la toma de decisiones relacionadas con la atención medica.

Firma del Representante Legal: _____ **Nombre en letra de molde:** _____ **Fecha:**_____

FORMULARIO DE PAGO PARA PACIENTES SIN SEGURO MEDICO

South Central Family Health Center requiere que todas las cuentas de auto-pago se paguen en el momento en que se prestan los servicios. Para todos los pacientes nuevos, un depósito de $186.00 debe ser pagado antes de ser visto por el médico. Para todos los pacientes establecidos, un depósito de $96.00 debe ser pagado antes de ser visto por el médico. Los honorarios adicionales deben ser pagados al final de la visita.

Nota: Todos los servicios de laboratorio son facturados por separado por los departamentos de laboratorio y rayos X

radiografías . Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra Oficina de Facturación al (323) 908-4235 en horario de 8:00

a.m. a 4:30 p.m.

Firma del paciente: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Relación con el paciente: _____

ACUERDO DE PAGO

Entiendo que los pagos son debidos en el momento de la visita. Enviaré mi pago por correo o vendré a la clínica para pagar mi saldo dentro de 30 días si no puedo pagar la cantidad total hoy**. Entiendo que los pagos se deben realizar en el momento de la visita. En caso de no poder pagar el monto total hoy, enviaré mi pago por correo o acudiré a la clínica para saldar mi saldo dentro de un plazo de 30 días.**

Para los pacientes que requieren tiempo adicional para pagar el saldo en su totalidad, puede comunicarse con nuestra Oficina de Facturación al (323) 908-4235 entre las horas de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. para establecer un Plan de Pago.

Firma del paciente: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Relación con el paciente: _____

This form is only used and to be completed if the patient does not qualify for a Sliding Fee Discount or refuses and must pay in full for the services rendered

South Central Family Health Center

Medical Record #	Date of Birth:
Patient Name:	

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES (0-17 AÑOS)

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Doy autorización a South-Central Family Health Center para dar atención médica a mi hijo/a bajo la supervisión de:

Nombre de la persona autorizada: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre de la persona autorizada: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

*Es un requisito que la Persona Autorizada arriba mencionada traiga consigo una tarjeta de identificación. **Es un requisito que la Persona Autorizada mencionada anteriormente presente una tarjeta de identificación.**

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta (Valido hasta)_____a menos que se revoque antes por escrito entregado a la persona autorizada arriba mencionada. **Este consentimiento permanecerá vigente hasta el (fecha de vigencia) _____, a menos que sea revocado previamente por escrito y entregado a la persona autorizada mencionada anteriormente.**

Firma del Padre/Tutor: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Relación con el paciente: _____

South Central Family Health Center

Medical Record #	Date of Birth:
Patient Name:	

AUTORIZACION DE TERCEROS PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DE UN MENOR (0-17)

Soy el: Padre Tutor Otra persona que tiene la custodia legal

Por la presente autorizo a (Nombre del Agente/Persona Autorizada) ___y/o a (Nombre del Agente/Persona Autorizada)_____a actuar como mi agente representante para consentir cualquier examen, anestesia, diagnóstico médico, quirúrgico o dental, tratamiento y asistencia medica que recomiende y se preste bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o dentista autorizado, tanto si dicho diagnóstico o tratamiento se presta en la consulta del médico como en un hospital.

Por la presente, autorizo a (Nombre del Agente/Persona Autorizada) _____ y/o a (Nombre del Agente/Persona Autorizada) _____ para actuar como mi representante y dar su consentimiento para cualquier examen, anestesia, diagnóstico médico, quirúrgico o dental, o tratamiento y atención médica que sea recomendado y administrado bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o dentista con licencia, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se realice en el consultorio del médico o en un hospital.

Entiendo que esta autorización se da antes de que se requiera cualquier diagnóstico o tratamiento específico, o atención hospitalaria, pero se da para proporcionar autorización al agente arriba mencionado para dar consentimiento a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que recomiende un médico o dentista autorizado.

La presente autorización se otorga en virtud de lo dispuesto en el artículo 6910 del Código de Familia y en el artículo 25.8 del Código Civil.

Por la presente autorizo a cualquier hospital que proporcione tratamiento al menor arriba mencionado de conformidad con las disposiciones del Código de Familia 6910 a entregar la custodia física del menor al agente arriba mencionado una vez finalizado el tratamiento. Esta autorización se otorga de conformidad con la Sección 1283 del Código de Salud y Seguridad.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta (Valida hasta)_____a menos que sea revocada antes por escrito entregado a la persona autorizada arriba mencionada.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Persona Autorizada: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

Persona Autorizada: _____ **Nombre en letra de molde:**_____ **Fecha:**_____

FOR SCFHC USE ONLY

I, (PSR Name)_____have verified that this third-party consent is valid, and an effort has been put forward to contact the minor's parents/legal guardians to obtain consent verification. The following came because of the verification:

- ❑ Not able to contact parents/legal guardian.
- ❑ Parent/Legal Guardian gave consent.
- ❑ Parent/Legal Guardian did NOT give consent.
- ❑ Photo ID (must verify and obtain copy of Third-Party photo ID)

Witness Signature: _____ **Printed Name:**_____ **Date:** _____

This form is only used and to be completed if a third party not listed as Authorized Person accompanies the minor

South Central Family Health Center

PATIENT COPY

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Página 1 de 2)

Este resumen describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a ella. Le rogamos que lo lea detenidamente.

Su información médica es personal y nos comprometemos a protegerla. Para los fines de este Aviso, SCFHC y los pronombres "nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren a todas las instalaciones operadas por, administradas por o afiliadas a South-Central Family Health Center (SCFHC) o cualquiera de sus filiales o subsidiarias. Utilizamos y divulgamos su información médica para tratamientos, para obtener pagos por tratamientos, para fines administrativos, para evaluar la calidad de la atención que usted recibe y para otros fines permitidos por la ley HIPAA. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica, a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información, y a notificarle cualquier violación de su información médica protegida no asegurada. Este aviso se aplica a todos los registros sobre su cuidado que se crean, y para mantenido por nosotros. Su información de salud está contenida en un registro médico que es propiedad física de SCFHC. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad. cómo se refleja en este Aviso, para revisar este Aviso, y para hacer las nuevas disposiciones efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene. Los Avisos revisados estarán disponibles en la clínica, en nuestro sitio web o a petición suya.

Cómo podemos utilizar o divulgar sus datos medicos

Podemos utilizar o divulgar sus datos medicos, en determinadas situaciones, sin su consentimiento o autorización. A continuación, describimos ejemplos de cómo podemos utilizar o divulgar su información médica según lo permita o exija la legislación federal, incluidos los casos en los que obtendremos su consentimiento o autorización. Dichos usos o divulgaciones pueden realizarse en papel o en formato electrónico.

Para tratamiento. Utilizamos y divulgamos sus datos medicos' para proporcionarle tratamiento o servicios médicos o para ayudar en la coordinación, continuación o gestión de su asistencia medica y de cualquier servicio relacionado.

Para el pago. Utilizamos y divulgamos su información médica a terceros con el fin de obtener el pago por el tratamiento y los servicios que usted recibe.

Para operaciones de asistencia medica. Podemos utilizar y divulgar información medica sobre usted con fines operativos. Por ejemplo:

- Comunicarnos con usted sobre las actividades y ubicaciones de nuestras clínicas o evaluar el rendimiento de nuestro personal.
- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y en casos similares,
- Aprender cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios, y
- Comunicarle recordatorios de citas, dejar un breve mensaje en su contestador automático o dejar un mensaje a una persona que atienda el teléfono en su domicilio.

Otros usos y divulgaciones permitidos y obligatorios que pueden realizarse sin su autorización u oportunidad de objetar

Exigido o permitido por la ley. Podemos utilizar y divulgar información sobre usted según lo exija o permita la ley. Si la ley exige un uso o una divulgación, el uso o la divulgación se hará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Si así lo exige la ley, se le notificará cualquier uso o divulgación que se haga en virtud de una ley. Por ejemplo:

- Para procedimientos judiciales y administrativos en virtud de la autoridad legal.
- Comunicar información relacionada con víctimas de malos tratos, abandono o violencia doméstica,
- Ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus funciones policiales,
- En caso de que se produzca una violación de sus datos medicos no protegidos, notificarle la situación a usted, a las autoridades policiales y reguladoras, según sea necesario, y a otras personas, según proceda, para ayudar a resolver la situación, y
- A los organismos de control medico encargados de supervisar el sistema medico y los programas gubernamentales.

Salud pública. Su información medica puede utilizarse o divulgarse para actividades de salud pública como:

- Ayudar a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Notificar el maltrato o abandono infantil a una autoridad medica pública.
- Comunicación de información a una persona sujeta a la jurisdicción de la Food and Drug Administration (FDA).
- Notificar a una persona que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad, si así lo autoriza la ley, o
- Revelar la prueba de vacunación a su centro escolar, en el centro escolar de su hijo, si el centro escolar está obligado por ley a tener dicha prueba antes de admitirle a usted o a su hijo.

Otros usos y divulgaciones permitidos y obligatorios que pueden realizarse con su autorización u oportunidad de

Salvo que se disponga lo contrario en el presente Aviso, no utilizaremos ni divulgaremos sus datos medicos sin su autorización previa por escrito. Puede revocar una autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que ya nos hayamos basado en la autorización y hayamos tomado medidas.

South Central Family Health Center

PATIENT COPY

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Página 2 de 2)

Notas de psicoterapia. Si se crean notas de psicoterapia para su tratamiento. Debemos obtener su autorización previa por escrito antes de utilizarlas o divulgarlas, excepto (1) si el creador de dichas notas necesita utilizarlas o divulgarlas para su tratamiento, (2) para utilizarlas o divulgarlas en nuestros propios programas de formación supervisada en salud mental, o (3) para utilizarlas o divulgarlas en relación con nuestra defensa en un procedimiento iniciado por usted.

Ensayos clínicos y otras actividades de investigación. Cuando su tratamiento específico forme parte de un estudio de investigación y no sean de aplicación las excepciones a la autorización explicadas anteriormente, podremos revelar sus datos medicos a los investigadores sólo después de que usted haya firmado un consentimiento informado por escrito para participar en el estudio de investigación y una autorización por escrito para utilizar y revelar sus datos medicos con fines de investigación.

Marketing. Si utilizamos o divulgamos su información medica con fines de marketing, primero debemos obtener su autorización por escrito para hacerlo, excepto si la comunicación es cara a cara por nosotros a usted o es un regalo promocional de valor nominal.

No venta de su información medica. No venderemos su información medica a terceros sin su autorización previa por escrito.

Reconocimiento de los pacientes. Nos esforzamos por celebrar y honrar la vida de nuestros pacientes mediante diversas actividades de reconocimiento, como la celebración de cumpleaños, la publicación de boletines informativos, la celebración de concursos de pacientes, la publicación de fotos de pacientes y datos curiosos en el tablón de anuncios del centro o en el "muro de la fama", el reconocimiento cuando un paciente es hospitalizado y la conmemoración de los pacientes que fallecen (actividades de reconocimiento de pacientes).

Usos y divulgaciones de su información altamente confidencial. A menos que el uso o la divulgación estén permitidos o exigidos por la ley, obtendremos su consentimiento o autorización por escrito antes de utilizar o divulgar su información medica.
altamente confidencial a terceros.

Medios de comunicación. Si se filma su imagen, voz o declaración, obtendremos su autorización por escrito antes de publicar cualquier artículo, comunicado de prensa u otra publicación con su imagen, voz o declaración. Su participación en estos medios de comunicación y la autorización para divulgar su imagen son totalmente voluntarias.

Sus derechos

- Obtener una copia de mi historial médico en papel o electrónico.
- Solicitar correcciones de su historial médico en papel o electrónico:
- Solicitar comunicación confidencial.
- Solicitarnos que no compartamos el artículo o servicio medica con su aseguradora médica cuando usted haya pagado de su bolsillo, a menos que la ley nos obligue a hacerlo,
- Pídanos que limitemos la información que compartimos.
- Obtenga una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad completo, y
- Presente una queja si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad.

Quejas

Puede presentar una queja ante nosotros y ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han vulnerado sus derechos a la intimidad. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Información de contacto

Póngase en contacto con su clínica médica local para obtener una copia completa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre este resumen, nuestras prácticas de privacidad o desea solicitar el Aviso en otro idioma, también puede ponerse en contacto con su clínica médica local.

Para quejas, póngase en contacto con el (323) 908-4200 o por correo electrónico en complaints@scfhc.org

South Central Family Health Center

PATIENT COPY

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Declaración de derechos del paciente

Como paciente del SCFHC, usted tiene derecho, de conformidad con la legislación de California, a:

1. Comprenda y utilice estos derechos; si por cualquier motivo necesita ayuda al respecto, nosotros le ayudaremos.
2. Recibió un trato sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, discapacidad u orientación sexual.
3. Recibir una atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro.
4. Ser informado del nombre y cargo de los profesionales medico's que supervisarán su atención.
5. Conocer el nombre, cargo y función de cualquier miembro del personal que participe en su atención y negarse a ser tratado, examinado u observado por esa persona.
6. Recibir atención en un entorno de no fumadores.
7. Privacidad y confidencialidad de toda la información y registros relativos a su atención.
8. Participar en todas las decisiones sobre su tratamiento.
9. Rechazar un tratamiento, examen u observación y que se le informe de las consecuencias que ello puede tener para su salud.
10. Obtener una copia de su historial médico en un plazo razonable.
11. Negarse a participar en la investigación. Al decidir si participa o no, tiene derecho a una explicación completa.
12. Recibir toda la información que necesite para dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información incluirá los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
13. Reciba atención urgente si la necesita.
14. Quejarse, sin temor a represalias, sobre la atención y los servicios que recibe y a que SCFHC le responda y, si usted lo solicita, le proporcione una respuesta por escrito. Si no está satisfecho con la respuesta, SCFHC debe proporcionarle los números de teléfono de médicos alternativos para que pueda transferir su atención médica.

Responsabilidades del paciente

El personal del SCFHC se esfuerza por proporcionarle a usted, el paciente, la mejor atención posible. A continuación, encontrará algunas cosas que puede hacer para ayudarnos a lograr ese objetivo:

1. Llegue puntualmente a las citas programadas. Si no puede acudir a la cita, llame con 24 horas de antelación para anularla y cambiarla. Si llega después de la cita programada, es posible que se le pida que espere a la siguiente cita disponible o que cambie lacita.
2. Facilite a su proveedor de atención medica toda la información necesaria para determinar el mejor tratamiento para usted; rellene los formularios de forma completa y precisa.
3. Facilite información de contacto correcta y completa.
4. Sea abierto y sincero con su profesional medica**. Sé honesto(a) y abierto(a) con tu proveedor de atención médica**
5. Consulte con el médico inmediatamente si su estado empeora o no sigue el curso esperado.
6. Consulte a su médico mucho antes de que se le acabe la medicina.
7. Utilice los medicamentos recetados y de venta libre según las indicaciones. Nunca debe compartir con otras personas los medicamentos que le hayan recetado.
8. Trate a los demás pacientes del SCFHC con la misma cortesía y respeto que esperaría de ellos. Respete el derecho a la intimidad **privacidad** de los demás como pediría que se respetara el suyo.
9. Llegue a su cita sobrio y preparado. Si llega o se presenta bajo los efectos de cualquier sustancia ilícita, se le podrá pedir que abandone la consulta y que cambie la cita para otro día.

Código de conducta para pacientes y visitantes

SCFHC se compromete a proporcionar un entorno seguro y respetuoso para todos. Esperamos que todas las personas demuestren un comportamiento civilizado y respetuoso mientras se encuentren en nuestras instalaciones o en interacciones virtuales de atención médica.

Prohibimos expresamente lo siguiente:

1. Lenguaje abusivo, incluidas amenazas o insultos
2. Acoso sexual
3. Armas

Para mantener un entorno seguro y respetuoso para todos, nos reservamos el derecho a tomar las medidas oportunas ante comportamientos abusivos, perturbadores, inapropiados o agresivos.