

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!

Te damos la bienvenida a nuestra clínica. Nuestro objetivo es proporcionar la más alta calidad atención médica posible para nuestros pacientes. Este folleto describe los servicios prestados por los horizontes de este Texas salud clínica. Nuestro personal especialmente capacitado se compone de Carolyn Dr. Ajose, MD, Patton, RN FNP-C, Heather Alex, LVN y NeMeena Flemon, personal de la oficina. Nuestro personal opera como un equipo, y nos sentimos muy orgullosos en la formación de cada miembro.

SERVICIOS PRESTADOS:

Atención primaria
Vacunas
Controles de niño sano
Procedimientos quirúrgicos menores
Salud de la mujer
Físicos para deportes/escuela

SERVICIOS MENCIONADOS:

Atención especializada, tales como Cardiología, dermatología, nefrología, por nombrar algunos
Rayos x
Principales procedimientos quirúrgicos
Cualquier otro servicio de ese proveedor se siente no puede ser manejado en la clínica

ACERCA DE DOCTOR AJOSE:

Dr. Ajose es oriundo de Nigeria. Dr. Ajose obtuvo su título de Doctor en medicina de la Universidad del Lago en Lagos. Completó una residencia de hospital en Hospital de Líbano de Bronx, de Bronx, NY. Dr. Ajose está certificado por el Board americano de interno.
Dr. Ajose y su familia viven en Nacogdoches, TX.

ACERCA DE LA ENFERMERA:

Una enfermera practicante es una enfermera registrada que ha avanzado en educación y entrenamiento clínico en una especialidad de salud. La mayoría de enfermeras tienen certificación nacional en su área de especialización. Enfermeras practicantes sirven como proveedores de atención médica primarios para niños y adultos durante la salud y la enfermedad. Su objetivo es ayudar a las personas de todas las edades mantenerse tan saludable como sea posible. Lo hacen por enseñar a la gente y el tratamiento de sus enfermedades agudas (como infecciones) y enfermedad crónica (como diabetes).

Enfermera puede:

- El examen físico, tratamiento y procedimientos de
- Ordenar e interpretar estudios diagnósticos y laboratorio
- Servicio de planificación familiar
- Atención médica durante el embarazo
- Pozo/enfermos cuidado para todas las edades
- Evaluación de riesgos de salud
- Orientación psicológica
- Coordinación de servicios de salud
- Educación para la salud

Carolyn Patton, RN FNP-C es oriundo de Texas. Completó su trabajo de pregrado Universidad Estatal Stephen F. Austin. Obtuvo su maestría en enfermería de la Universidad de Texas Tech. Ella está certificada como enfermera familiar profesional a través de la Academia Americana de profesionales de la enfermera (AANP). Ella es un miembro de la AANP, Texas enfermeras, Asociación de enfermeras en el tratamiento del SIDA y Sigma Theta Tau sociedad honoraria de enfermería.

La Sra. Patton y su familia vive aquí en Nacogdoches, TX.

CITAS:

Son considerados pacientes por cita. De lo contrario, llegando a la clínica de los pacientes son "trabajó al horario como tiempo permite. Intenta llegar unos minutos antes para que la oficina de negocios puede tener listo para ver al médico a

tiempo. Su primera visita tardará más que la mayoría de las otras visitas. Se le pedirá completar un historial médico y nos dan otra información importante.

Hay determinadas formas que deben ser completadas antes de que el proveedor puede ver como un paciente. La oficina de negocios le proporcionará todos los formularios necesarios para que usted pueda leer y firmar.

Usted necesitará proporcionar la oficina de negocios con usted tarjeta de seguro, tarjeta de Medicare, o tarjeta de Medicaid.

Si tienes alguna pregunta sobre cualquiera de las formas, pregúntale a la recepcionista y a alguien que le ayude a llenarlos.

Tienen derechos y responsabilidades como paciente. Por favor, lea la hoja titulada: los derechos del paciente y responsabilidades que se incluye con el paquete de información que le entregaron por la recepcionista.

Si usted es incapaz de mantener una cita, por favor llame a nuestra oficina al menos veinticuatro horas antes de su cita programada.

DISPOSICIONES FINANCIERAS:

Pago por los servicios que reciba se espera que antes de salir hoy. Si usted tiene seguro, se espera que pagar hoy el monto de su copago.

Si su seguro tiene un deducible que no han cumplido con su compañía de seguros le hará saber, y usted recibirá una factura desde nuestra oficina. Puede tomar hasta seis semanas para obtener toda la información a las personas adecuadas, por lo que puede tomar ese tiempo para obtener la cuenta de nosotros.

Pacientes que no tienen ningún seguro, la cobertura de Medicare o Medicaid son considerados a pacientes "privados pagar". Estos pacientes deben pagar el monto total de los cargos para el día antes de salir de la oficina, a menos que el médico ha asesorado a la oficina de negocios de cualquier otro mecanismo.

Nuestros honorarios se basan en el tiempo, habilidad, conocimiento y complejidad de su tratamiento. Nos esforzamos para mantener nuestros honorarios conforme a lo que actualmente están cobrando otros proveedores en el área.

SEGURO DE:

Si usted tiene seguro, vamos a presentar para la cobertura de ayuda que tiene disponibles, sin embargo, es su responsabilidad pagar cualquier saldo de su cuenta que queda después de que el seguro paga su parte.

Por favor tenga en cuenta que se proporciona atención médica a usted, nuestro paciente y no a una compañía de seguros. Sus beneficios de seguro están un contrato entre usted y la compañía de seguros. No estamos involucrados de alguna manera con su póliza de seguro.

Es importante que usted lea su póliza cuidadosamente para ayudarlo a entender los beneficios que brinda a usted su política. Los servicios no cubiertos, copagos y deducibles vencen el día que reciba el servicio en nuestra clínica.

Algunas compañías de seguros pagan una cantidad fija para ciertos procedimientos, que significa que usted es responsable de algo que el seguro no paga. Si tu plan es limitado, sus cantidades de cobertura son limitadas. No tenemos control sobre lo que su compañía de seguros paga por su cuidado. Por favor, recuerde que ninguna compañía de seguros intenta cubrir todos los costos. Nuestra oficina quiere recibir la cobertura máxima que permite su política particular.

NECESIDADES DE ATENCIÓN DE URGENCIA:

Hay momentos cuando usted necesita ver el proveedor tan pronto como sea posible. Si tu situación está decidida a ser urgente, se aconseja ir a la sala de emergencias. Si su problema de salud puede ser manejado en nuestra oficina, se hará todo lo posible para "trabajar en" el horario de cita.

Por favor, comprenda que se le pedirá que esperar uno o dos días, según el horario de oficina y la naturaleza de su enfermedad.

Si prefiere hablar con la enfermera, eres Bienvenido a dejar un mensaje para que la enfermera devuelva la llamada.

Mensajes recibidos por 15:00 se devolverán no más tarde de 16:00 mensajes recibidos después de 16:00 podrá ser devuelto al día siguiente de la clínica, dependiendo del horario del paciente.

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PORTAL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO FIRMADO

¿Cómo asegurar obras Portal pacientes:

Un portal web seguro es un tipo de página web que utiliza el cifrado para evitar que personas no autorizadas leyendo las comunicaciones, información o archivos adjuntos. Asegure los mensajes e información sólo puede ser preparada por alguien que sabe la contraseña correcta o la frase que iniciar sesión en el sitio del portal. Es tu responsabilidad explícita para mantener la seguridad de su login y contraseña.

¿Cómo participar en nuestro Portal de paciente:

Una vez que este formulario es acordado y firmado, le enviaremos una notificación por correo electrónico que te dice cómo registrarse por primera vez. Esta notificación le dará la URL (dirección internet) del sitio web donde puede iniciar sesión. Haciendo clic en la URL se activará su navegador de Internet, que se abrirá el sitio web. Entonces podrás iniciar sesión utilizando el nombre de usuario y la contraseña proporcionada. A continuación podrá buscar en su "inbox" y ver los mensajes nuevos o viejos o ver otros partes de su registro electrónico. Porque la conexión del canal entre su ordenador y el sitio web usas "secure sockets layer" (SSL) tecnología puede leer o ver la información en su computadora, pero todavía está codificado en la transmisión entre el sitio Web y su computadora.

Protege su información privada de salud y riesgos"

Este método de comunicación y visualización impide que terceros no autorizados pudiendo acceder o leer mensajes mientras están en la transmisión. Sin embargo, mantener la seguridad de los mensajes depende de dos factores adicionales: el mensaje seguro debe llegar a la dirección de email correcta, y sólo la persona correcta (o persona autorizada por ese individuo) debe ser capaz de obtener acceso a ella. Sólo puede asegurarse de que estos dos factores son correctos. **Necesitamos para asegurarnos que tenemos su dirección de email correcta y deberá informarnos si alguna vez cambia.** También es necesario hacer un seguimiento de quién tiene acceso a su cuenta de correo electrónico; para que sólo usted, o alguien que autoriza, puede ver los mensajes que reciba de nosotros. Si recoges seguros mensajes desde un sitio web, necesitas impedir que personas no autorizadas aprendiendo su contraseña. Si crees que alguien ha aprendido su contraseña, debe ir al Portal del paciente con prontitud y cambiarlo. Es nuestra intención ofrecer esto como un servicio gratuito, pero nos reservamos el derecho de cambiar esta política. Le proporcionaremos una notificación adecuada de cualquier cambio. Entendemos la importancia de la privacidad en lo que respecta al cuidado de su salud y seguirá esforzándose por hacer toda la información confidencial como sea posible. No veo ni regalar cualquier información privada, incluyendo direcciones de correo electrónico, sin su consentimiento por escrito.

Condiciones de participar en el Portal del paciente:

El acceso a este Portal paciente segura es un servicio opcional y podemos suspender o terminarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si suspender o cancelar este servicio le avisaremos tan pronto como sea razonablemente posible. Usted acuerda no responsabilizar a la Brown Family Health, a de salud horizontes de East Texas, o cualquiera de su personal por infracciones de red fuera de su control.

Si usted se compromete a cumplir con las condiciones establecen en esta carta y desean tener una cuenta de paciente Portal creada para usted, por favor firme y feche.

Firma

impresa nombre

fecha

Formulario de Registro para el Paciente

Primer Nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido _____
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código _____
Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Sexo _____ Número de Seguro social _____
Número de teléfono (____) _____ - _____		Número móvil (____) _____ - _____
Correo electrónicos _____		
Nombre del contacto de emergencia /numero _____		
Método de contacto preferido: Marca con circulo: Correo Electrónico, Teléfono Por Correo		
Raza: Blanco /Afroamericanos/ Hispano/ Indio Americanos/ Nativos de Alaska/ Asiáticos/ Isleños del Pacifico		
Origen étnico (Marca con circulo): Hispano/ No-Hispano		
Veterano/a: (Marca con circulo): Si No		
Solo _____ Casado _____ Con un compañero _____ Viuda _____ Divorciado _____		
Preferido Lenguaje _____		
Empleado por _____		
Número de teléfono de trabajo _____ Extensión _____		
Nombre de esposa/esposo/compañero _____		
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro social _____		
Empleado por _____		
Número de teléfono de trabajo _____ Número de celular _____		
Medicare or Medicaid # _____		
OR		
Primary Insurance _____		
Nombre _____		
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro social _____		
Número de póliza _____ Número de grupo _____		
Secondary Insurance _____		
Nombre _____		
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro social _____		
Número de póliza _____ Número de grupo _____		
Farmacia preferida _____		

Asignación de beneficios:

Por la presente asignar todos los beneficios médicos o quirúrgicos que incluyen médicos mayores beneficios a los que tengo de derecho como Medicare, seguro privado y cualquier otro plan Brown Family Health/de salud horizontes de East Texas, Inc. Esta misión se mantendrá en efecto hasta revocado por mí en la escritura. Una fotocopia de esta tarea es ser considerada tan válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o no pagado por dicho seguro. Por la presente autorizo dicho cesionario a liberar toda la información necesaria para el pago seguro y a solicitar una revisión de la reclamación.

Signed: _____ Date: _____

CLÍNICA DE BROWN FAMILIA SALUD
NUEVA HISTORIA DE LA SALUD DEL PACIENTE ADULTO

Nombre: _____ fecha: _____
 Dirección: _____ fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ sexo: _____ estado civil: _____
 Nivel educativo: _____ hizo no termine la secundaria _____ High School Diploma/GED _____ College
 Empleo: _____ desempleados _____ empleados a tiempo completo/tiempo parcial _____ discapacitados _____
 jubilado

Antecedentes médicos: *por favor compruebe alguna de las siguientes condiciones/problemas/enfermedades que tienen o han sido diagnosticados con en el pasado:*

☐	Abuso (Físico/Mental/Sexual/Verbal)	☐	Coágulos de sangre	☐	Problemas de riñón/vejiga
☐	Pap anormal	☐	Cáncer, Tumor	☐	Enfermedad pulmonar
☐	Alcoholismo, drogas	☐	Colesterol (alto)	☐	Osteoporosis
☐	Anemia	☐	Diabetes	☐	Grave accidente, lesión
☐	Ansiedad/nervios	☐	Gota	☐	Enfermedad sexual
☐	Artritis	☐	Dolores de cabeza/migrañas	☐	Accidente cerebrovascular
☐	Asma/alergias	☐	Enfermedades del corazón	☐	Enfermedad de la tiroides
☐	Trastornos de la coagulación	☐	Hepatitis (cualquier tipo)	☐	Tuberculosis
☐	Otros	☐	Presión arterial alta	☐	Enfermedad de úlceras, estómago

Medicamentos actuales: *Lista de todos los medicamentos que toma habitualmente o que han prescrito para usted un proveedor de atención médica (incluyen vitaminas, medicamentos, gotas oftálmicas, medicamentos herbales)*

MEDICACIÓN										MEDICACIÓN									
DOSIS					¿CON QUÉ FRECUENCIA					DOSIS					¿CON QUÉ FRECUENCIA				

Alergias			Ninguno			PCN			Sulfa			Codeína			Inhibidores de ECA			Insectos			Polen			Látex			Alimentos			Contraste	
----------	--	--	---------	--	--	-----	--	--	-------	--	--	---------	--	--	--------------------	--	--	----------	--	--	-------	--	--	-------	--	--	-----------	--	--	-----------	--

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pariente consanguíneo	Edad si viven	Edad de muerte	Enfermedad importante o causa de la muerte
Madre			
Padre			
Abuela materna			
Abuelo materno			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Hermanos			
Hermanas			

Antecedentes quirúrgicos: *Lista el año tenías alguno de los siguientes:*

	Apendicectomía		Vesícula biliar		Hernia		Amigdalectomía
	Cesárea		Corazón		Histerectomía		Trompas/vasectomía

Otros:

HOSPITALIZACIONES:

Fecha: (empieza con más reciente)	Motivo:	Donde:

HÁBITOS:		¿Usas (o has usado) cualquiera de los siguientes:											
Tabaco:		Nunca		Ahora		Renunciar: año	Tipo utilizado:		Cigarrillos		Puros		Sin humo
Alcohol:		Nunca		Ahora		Renunciar: año	Tipo utilizado:		Cerveza		Vino		Licor
Uso de drogas:		Nunca		Ahora		Renunciar: año	Tipo utilizado:		Marihuana		Cocaína		Otros:
Cafeína:				Café		Té		Sosa					

Ejercicio:		Ninguno		# de veces por semana		Haciendo lo que	
------------	--	---------	--	-----------------------	--	-----------------	--

VALORACIÓN NUTRICIONAL

¿Sigues una dieta específica o tiene alguna restricción dietética?		No		Sí
--	--	----	--	----

MANTENIMIENTO CUIDADO DE LA SALUD

¿Última pantalla de colesterol?	Año:	Valor:						
¿Tiro de neumonía?	Nunca	Año	¿Tétano?	Nunca	Año			
¿Ha estado involucrado en:	¿Militar?	¿Viajes internacionales?						

EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA DE AFRONTAMIENTO, ESTRÉS

Describir cómo el estrés:		Ejercicio		Jardinería		Pasatiempos		Leer		Deportes		TV
¿Quién vive contigo?		Solo		Cónyuge				Niños		Padres		Otros
Estresores actuales		Familia		Amigos				Trabajo		Matrimonio		Dinero
¿El año pasado tuviste una pérdida importante o un cambio en tu vida?									Sí		No	

Evaluación de valores/creencias

Compruebe si usted tiene alguno de los siguientes documentos:		Tarjeta de donante
		Testamento vital
		Poder notarial duradero para el cuidado de la salud

¿Tienes cualquier prácticas religiosas o culturales, de que debemos ser conscientes?		Sí		No
--	--	----	--	----

Describir:

Firma del paciente/fecha completado

firma del proveedor/fecha revisado

**CLÍNICA DE BROWN FAMILIA SALUD
SALUD HORIZONTES DE EAST TEXAS, INC.**

CLÍNICA POLÍTICA FINANCIERA

PACIENTES QUE PAGAN EN EFECTIVO

Pacientes sin seguro médico, o tienen seguro y optar por no utilizar sus beneficios de seguro debido a la restricciones de política o limitaciones, están obligados a pagar por sus visitas médicas a una tasa de descuento en efectivo. Estas políticas se describen de la siguiente manera:

Nuevos pacientes están obligados a pagar una cuota de examen paciente nuevo de \$84.00. Después de que usted está establecido un paciente cada visita regreso es \$56.00 debido al tiempo de servicio.

Pacientes establecidos o volviendo menos de 2 años desde su última visita a la clínica de los pacientes están obligados a pagar una tasa de descuento de \$50.00 en cada visita. Esta tarifa es para incluyendo pero no limitado a los servicios: examen físico por el médico.

Los pacientes regresan después de 3 años desde su última visita se consideran a un nuevo paciente y debe seguir la política de pago de nuevo paciente anterior.

Cualquier servicios de laboratorio ordenó o proporcionada durante la visita no forman parte de la cuota de visita y le cobrará un cargo adicional. Laboratorio los costos varían según que las pruebas las órdenes de proveedor. Todas las cuotas se discutirá con el paciente antes de que los laboratorios se dibujan.

Estamos encantados de aceptar su cheque, tarjeta de crédito o en efectivo como pago.

La siguiente firma reconoce que ha leído la declaración anterior y entender la política y la responsabilidad financiera. Pago se efectuará en cada momento del servicio de salud horizontes de East Texas, Inc. con sede en 1407 East Main Street, Nacogdoches, TX 75961.

Firma del paciente

fecha

Nombre impreso

Brown Family Health Center, Inc
1407 East Main Street
Nacogdoches, TX 75961

RECONOCIMIENTO DE REVISIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado la cuenta de prácticas de esta oficina de privacidad, que explica cómo mi información médica a utiliza y divulga. He tenido la oportunidad de hacer preguntas si no lo entiendo.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Inicial

FARMACIA CONSULTA PERMISO

Al firmar abajo, doy la oficina del permiso al oficina de Brown Family Health Center, Inc. para consultar todos los medicamentos prescritos a mí desde la base de datos de farmacia en línea.

Inicial

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Voluntariamente doy mi permiso a los proveedores de atención médica de Brown Family Health Center, Inc, y dichos asistentes y otros proveedores de atención médica considere necesarios para proveerme servicios médicos a mí. Entiendo que al firmar este formulario, autorizo que me traten mientras busco servicios de proveedores de BROWN FAMILY HEALTH CENTER, INC., o hasta retirar mi consentimiento por escrito.

Inicial

Firma del paciente o Representante Personal

Nombre del paciente fecha de nacimiento

Fecha

BROWN FAMILY HEALTH CENTER, INC.
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Si tienes alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con

BROWN FAMILY HEALTH CENTER, INC
1407 EAST MAIN
NACOGDOCHES, TX 75961
(936) 569-8240

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información protegida de salud para realizar las operaciones de tratamiento, pago o atención médica y para otros propósitos que se permita o requiera por ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información protegida de salud. "Información de salud protegida" es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futura salud física o mental o condición y servicios de salud relacionados.

Estamos obligados a acatar los términos de este aviso de prácticas de privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. La nueva notificación será efectiva para toda la información de salud protegida que mantenemos en ese momento. A su petición, le proporcionaremos cualquier aviso revisado de prácticas de privacidad. Usted puede solicitar una versión revisada por acceder a nuestro sitio web, o llamando a la oficina y solicitar que una copia revisada enviado a usted en el correo o pidiendo uno a la hora de su próxima cita.

1. USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Puede utilizarse y divulgarse por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de atención médica que su información médica protegida. Su información de salud protegida también puede utilizarse y divulgarse para pagar sus cuentas de atención médica y para apoyar la operación de las prácticas de su médico.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida que el consultorio de su médico está permitido hacer. Estos ejemplos no están destinados a ser exhaustiva, sino a describir los tipos de usos y divulgaciones que pueden realizarse por nuestra oficina.

Tratamiento: Nosotros usaremos y revelaremos su información protegida de salud para proporcionar, coordinar o manejar su cuidado de salud y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de cuidado de su salud con otro proveedor. Por ejemplo, le revelamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que brinda atención a usted. También divulgaremos la información protegida de salud a otros médicos que puede ser tratado. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien se ha referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar. Además, podemos divulgar su información médica protegida de vez en cuando a otro médico o cuidado de la salud proveedor (por ejemplo, un especialista o laboratorio) que, a petición de su médico, se convierte en involucrado en su cuidado la prestación de asistencia con el tratamiento o diagnóstico médico a su médico.

Pago : Su información de salud protegida a utilizarse y divulgarse, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de salud proporcionados por nosotros o por otro proveedor. Esto puede incluir ciertas actividades que seguro podrá emprender antes de que aprueba o paga por los servicios de atención médica su salud le recomendamos tales como: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para las prestaciones del seguro, revisar el servicio ofrecido a usted por necesidad médica y llevando a cabo la utilización revisión actividades. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que se revelen su información de salud protegida correspondiente al plan de salud para obtener aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de cuidado de la salud: Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, formación de estudiantes de medicina, licencias, las actividades de recaudación de fondos y llevando a cabo o arreglar para otras actividades empresariales.

Compartiremos su información médica protegida con terceros "socios comerciales" que realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o transcripción) para nuestra práctica. Cada vez que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio de negocios consiste en el uso o divulgación de su información protegida de salud, vamos a tener un contrato escrito que contiene términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida.

Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para proporcionar información sobre alternativas de tratamiento o de otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted. Puede contactar a nuestro oficial de privacidad para solicitar que estos materiales no ser enviado a usted.

Podemos utilizar o divulgar su información demográfica y las fechas que ha recibido tratamiento de su médico, en caso necesario, con el fin de contactarlo para actividades de recaudación de fondos apoyadas por nuestra oficina. Si no quieres recibir estos materiales, por favor comuníquese con nuestro oficial de privacidad y solicitar que no se envíen estos materiales de recaudación de fondos a usted.

Otro permite y requiere usos y divulgaciones que pueden hacerse sin su autorización o la oportunidad para estar de acuerdo o de objeto

Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida en las situaciones siguientes sin su autorización o que le proporciona la oportunidad de aceptar u objeto. Estas situaciones incluyen:

Requerido por la ley: Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida en la medida en que el uso o la divulgación es requerida por ley. El uso o la divulgación se hará en cumplimiento de la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, si es requerido por ley, de tales usos o divulgaciones.

Salud pública: Podemos divulgar su información médica protegida para propósitos de una autoridad de salud pública que es permitido por la ley para recoger o recibir la información y actividades de salud pública. Por ejemplo, puede hacerse una revelación con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.

Enfermedades transmisibles: Podemos divulgar su información médica protegida, si autorizado por la ley, a las personas que han estado expuestos a una enfermedad

contagiosa o de lo contrario pueden estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o dolencia.

Supervisión de salud: Podemos divulgar información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Agencias de supervisión buscando esta información incluyen las agencias gubernamentales que supervisan el sistema de salud, programas gubernamentales de beneficios, otros programas regulatorios del gobierno y las leyes de derechos civiles.

De abuso o negligencia: Podemos divulgar su información médica protegida a una autoridad de salud pública que está autorizada por ley para recibir denuncias de abuso infantil o negligencia. Además, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se hará compatible con las exigencias de las leyes estatales y federales aplicables.

Food and Drug Administration: Podemos divulgar su información médica protegida a una persona o empresa requerida por la Food and Drug Administration con el propósito de calidad, seguridad o eficacia de los productos regulados por la FDA o actividades incluyendo, eventos de informe adversos, defectos en el producto o problemas, desviaciones de productos biológicos, para rastrear productos; para activar productos retirados; para hacer las reparaciones o sustituciones, o llevar a cabo el puesto de vigilancia a la comercialización de , como sea necesario.

Procedimientos judiciales : Podemos divulgar información de salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación está expresamente autorizado), o en ciertas condiciones en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal protegida.

Law Enforcement: También podemos divulgar información de salud protegida, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables, para propósitos de cumplimiento de la ley. Estos leyes con fines de aplicación incluyen procesos (1) legales y ley exija lo contrario, (2) limitada información solicitudes para propósitos de identificación y ubicación, (3) pertenecientes a las víctimas de un delito, (4) sospecha que la muerte se ha producido como resultado de conducta criminal, (5) en caso de que un crimen se produce en las instalaciones de nuestra

práctica, y (6) emergencia (no sobre las premisas de nuestra práctica) y es probable que un crimen ha ocurrido.

Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: Podemos divulgar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico para propósitos de identificación, determinar la causa de muerte o por el médico forense o examinador médico para llevar a cabo otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar información de salud protegida a un director de funeraria, según lo autorizado por ley, para permitir que el director del funeral para llevar a cabo sus deberes. Podemos divulgar dicha información con anticipación razonable de la muerte. Información protegida de salud puede utilizarse y divulgarse para fines de donación órganos, ojos o tejido cadavéricos.

Research: Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha examinado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud protegida.

Actividad criminal: En concordancia con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información médica protegida, si creemos que el uso o la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información de salud protegida si es necesario que las autoridades policiales identificar o detener a un individuo.

La actividad militar y seguridad nacional: Cuando se aplican las condiciones apropiadas, podemos utilizar o divulgar información de salud de los individuos que son personal de las fuerzas armadas (1) protegida por actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas; (2) a los efectos de una determinación por el Departamento de asuntos de veteranos de su elegibilidad para beneficios, o la autoridad militar a extranjera (3) si usted es miembro de ese servicio militar extranjera. También podemos divulgar su información protegida de salud a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo las actividades de seguridad y de inteligencia nacionales, incluyendo para la prestación de servicios de protección al Presidente u otros legalmente autorización.

Compensación: Podemos divulgar su información médica protegida según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y otros programas similares legalmente establecidos.

Reclusos : Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida si usted es un recluso de una institución correccional y su médico creada o recibida su información de salud protegida en el curso de atención a ti.

Usos y divulgaciones de información de salud protegida basados en su autorización por escrito

Otros usos y divulgaciones de su información protegida de salud se realizará solamente con su autorización por escrito, a menos que de lo contrario lo permita o requiera por ley como se describe a continuación. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, no usar o divulgar su información de salud protegida por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Por favor entienda que somos incapaces de recuperar ninguna divulgación que ya hizo con su autorización.

Otro permite y requiere usos y divulgaciones que requieren que le proporciona la oportunidad de estar de acuerdo o de objeto

Podemos usar y divulgar su información médica protegida en los siguientes casos. Tienes la oportunidad de acuerdo u objetar el uso o la divulgación de la totalidad o parte de su información médica protegida. Si usted no está presente o capaz de estar de acuerdo o en contra el uso o la divulgación de la información de salud protegida, su médico puede, mediante juicio profesional, determinar si la divulgación es en su mejor interés.

Directorios: a menos que usted se oponga, nosotros usaremos y revelaremos su nombre, la ubicación en la que usted esta recibiendo atención, su condición general en nuestro directorio de instalación (como la feria o estable) y su afiliación religiosa. Toda esta información, excepto la afiliación religiosa, será revelada a personas que te piden por su nombre. Su afiliación religiosa se dará sólo a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino.

Otros involucrados en su cuidado de salud o pago de su atención: a menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, su información de salud protegida directamente se relaciona con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted es incapaz de acuerdo u objeto de una divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es en su mejor interés con base en nuestro juicio profesional. Podemos utilizar o divulgar información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, representante

personal o cualquier otra persona que es responsable por el cuidado de su localización, condición general o muerte protegida. Finalmente, podemos usar o divulgar su información protegida de salud a una entidad pública o privada autorizada para ayudar a los damnificados del desastre y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otros individuos involucrados en su cuidado de salud.

2. SUS DERECHOS

La siguiente es una declaración de sus derechos respecto a su información de salud protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de la información protegida de salud acerca de usted para mientras mantenemos la información de salud protegida. Usted puede obtener su expediente médico que contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que el médico y la práctica se utiliza para tomar decisiones acerca de usted. En la medida permitida por la ley federal o estatal, podemos cargarle una cuota razonable copia de una copia de sus registros.

Bajo la ley federal, sin embargo, puede no inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento; y resultados de laboratorio que están sujetas a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protección. Dependiendo de las circunstancias, la decisión de negar el acceso puede ser revisable. En algunas circunstancias, puede que tenga derecho a tener esta decisión revisada. Póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad si usted tiene preguntas acerca del acceso a su expediente médico.

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que usted puede pedirnos no para usar o revelar cualquier parte de su información protegida de salud para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también puede solicitar que alguna parte de su información protegida de salud no será revelada a familiares o amigos que pueden estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este aviso de prácticas de privacidad. Su petición debe indicar la restricción específica solicitada y a quién quiere aplicar la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si su médico está de acuerdo con la

restricción solicitada, no podemos utilizar o divulgar su información médica protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia. Con esto en mente, por favor consulte cualquier restricción que desea solicitar a su médico. Usted puede solicitar una restricción por [Describa cómo el paciente puede obtener una restricción].

Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Nos adaptaremos a las solicitudes razonables. También nos podemos condicionar este alojamiento pidiendo información acerca de cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No solicitaremos una explicación de ti en cuanto a la base de la solicitud. Por favor hacer esta solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad.

Que tenga el derecho a tener su médico enmendemos su información de salud protegida. Esto significa que usted puede solicitar una enmienda de la información médica protegida en un conjunto de registros designado por tanto mantenemos esta información. En algunos casos, podemos negarle su petición para una enmienda. Si denegamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y puede preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación. Póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad si usted tiene preguntas sobre la modificación de su expediente médico.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si alguno, de su información médica protegida. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica como se describe en este aviso de prácticas de privacidad. Excluye las divulgaciones que hayamos cometido a usted si usted autorizado para hacer la revelación, para un directorio de instalación, a familiares o amigos involucrados en su cuidado, o para propósitos de notificación, para la seguridad nacional o de inteligencia, a la aplicación de la ley (según lo dispuesto en la regla de privacidad) o correccionales, como parte de un conjunto limitado de datos divulgación. Usted tiene el derecho a recibir información específica con respecto a estas revelaciones que ocurren después de 14 de abril de 2003. El derecho a recibir esta información está sujeta a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de esta notificación, previa solicitud, incluso si usted ha accedido a aceptar este aviso electrónicamente.

3. LAS QUEJAS

Usted puede quejarse a nosotros o a la secretaria de salud y servicios humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro oficial de privacidad de su queja. No talionaremos contra usted por haber presentado una queja.

Puede comunicarse con nuestra oficina:

Brown Family Health Center, Inc.
1407 East Main
Nacogdoches, TX 75961
(936) 569-8240

para obtener más información sobre el proceso de queja.

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el 01 de julio de 2014.