



# Community *First* Health Centers

*Improving the quality of life for our community.*

Estimado Paciente,

Bienvenido a los Community First Health Centers.

Con el fin de servirle más eficiente en su primera visita, le pedimos que traiga con usted:

- Tarjetas de seguro médico, Licencia de conducir o Identificación del estado, Documentación tutela legal si aplica a usted, y los documentos de voluntades anticipadas.
- También le recordamos que traiga con usted su historial médico previo, los registros de vacunación, laboratorio reciente, rayos X, o papeles de la sala de emergencia. Sin embargo, si no está seguro de cómo hacerlo, vamos a ayudarlo, después de obtener su consentimiento por escrito.
- Si actualmente toma cualquier medicamento, por favor de traerlo. Esto incluye hierbas, recetas, o sin receta médica.

Revise, firme y ponga la fecha en los formularios y llévelos con usted el día de su cita. Si usted tiene preguntas con respeto a los materiales incluidos, no dude en llamarlos con anticipación.

- Formulario de Consentimiento para el Tratamiento
- **Registro de paciente Nuevo e Formulario De Historia de Evaluación de la salud**
- Formulario con los derechos del paciente e información sobre la salud, estos papeles han sido proporcionados para su revisión.

Por favor asegúrese de llegar a nuestra oficina **20 minutos** antes de su cita para que podamos asegurarnos que toda la documentación necesaria se ha completado. Esperamos poder ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Gracias por elegir nuestros servicios.

Sinceramente,

Community First Health Centers



This institution is an equal opportunity provider.  
Partially funded by a Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services Grant  
Accredited by The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations  
NCQA Recognition for Patient Centered Medical Home





# Por favor complete TODAS las secciones.

## Directivas por Adelantado

Complete esta sección UNICAMENTE para pacientes mayores de 18 años.

Directivas por Adelantado es un documento legal que da instrucciones a los proveedores de atención para la salud acerca del tratamiento que usted desea si usted no puede hablar por sí mismo. También es importante que usted nombre a una persona en la que confíe como su "Propugnador del Paciente", para hablar por usted si se llega a necesitar. Una vez que usted haga hecho sus decisiones, guardaremos una copia en su expediente. Usted puede cambiar su decisión en cualquier tiempo al darnos una copia actualizada. *\*Si no tenemos una copia de sus Directivas por Adelantado en archivo, usaremos Procedimientos de Emergencia.*

Nuestros empleados pueden darle más información. Su Doctor puede responder preguntas acerca de la forma, opciones de tratamiento y acudido. Por favor, conteste las siguientes preguntas:

- ¿Está usted interesado en las Directivas por Adelantado?     Si     No
- ¿Ya tiene usted las Directivas por Adelantado en orden?     Si     No
- ¿Ha usted designado a un Propugnador del Paciente?     Si     No
  - ¿Tenemos nosotros una copia de este documento para su expediente médico? \*     Si     No
    - Nombre de su Propugnador del Paciente: \_\_\_\_\_
    - # de Teléfono del Propugnador/contacto: \_\_\_\_\_

## Comunicado de Información de Salud

Community First Health Centers puede comunicar información de salud (papel, electrónico, rayos-x, resultados de laboratorio, etc.) a

- Otros proveedores, farmacias o servicios que traten al paciente para facilitar la continuidad de atención
- A las compañías de aseguranzas del asegurado o agencias que Community First Health Centers usa para servicios de cuentas.
- A compañías que asisten en el mejoramiento de calidad y eficiencia de atención en Community First Health Centers.

Yo doy mi consentimiento a Community First Health Centers para indagar electrónicamente la historia de mis Rx o prescripciones. Si no puedo ser contactado en mi teléfono, un representante puede dar información de mis (marque todos los que aplican):

- Resultados de exámenes     Diagnóstico     Atención/Tratamiento     Estados de cuenta

Por medio de lo siguiente:

- \_\_\_ Mi teléfono celular    Cel # \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Buzón de voz o correo electrónico como aparece en mis datos demográficos
- \_\_\_ Mi esposo (a)    Esposo (a) nombre y teléfono \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Mis hijos    Nombre y teléfono \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Otro padre de familia o tutor legal    Nombre, relación y teléfono \_\_\_\_\_
- \_\_\_ No provea información a nadie que no sea yo    \_\_\_\_\_ (Iniciales)

## Acuerdo Financiero

Community First Health Centers cobrará honorarios por la atención de los servicios proveídos. Estos honorarios a veces serán estimados anticipadamente, basados en servicios proveídos, pero siempre se ajustarán a los actuales honorarios, asociados exactamente con los servicios prestados. Para asegurar que Community First Health Centers cobre a mi compañía de aseguranza correctamente, soy responsable de proveer a community health centers con la información actualizada de mi aseguranza.

Si usted tiene aseguranza médica, Community First Health Centers le cobrará a su compañía de aseguranza los honorarios referidos arriba. Es de mi conocimiento y entiendo que soy responsable de saber qué servicios médicos cubre mi compañía de aseguranza y cuáles no. Y también entiendo que seré responsable de pagar la cantidad que mi compañía de aseguranza no cubra lo cual incluye co-pagos y/o deductibles. \*\*Si no tengo aseguranza, yo entiendo que los honorarios que se me cobren son mi responsabilidad.

Si yo he sido lesionado en el trabajo o en un accidente, yo soy responsable de proveer a Community First Health Centers con la información necesaria de La Compensación del Trabajador o la Aseguranza del auto para que Community First Health Centers pueda cobrar apropiadamente a la parte responsable. \_\_\_\_\_ (Iniciales)



## Noticia de Prácticas de Privacidad

Community First Health Centers me ha proveído con su documento Noticias de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que este documento explica mis derechos como paciente y como mi PMI (Información Médica Pertinente) es manejada. Yo he recibido una copia de esto. Yo también entiendo que, si tengo preguntas o preocupaciones acerca de esto, yo debo contactar al Oficial de Privacidad de Community First Health Centers.

Teléfono: (586) 270-8055

\_\_\_\_\_ (Iniciales)

## Consentimiento para Tratamiento

Community First Health Centers provee atención médica primaria integrada, salud conductual, atención dental y otros servicios de cuidado para la salud, para atender sus necesidades sin importar edad, género, identidad de género, color, raza, etnicidad, credo, nacionalidad de origen, religión, discapacidad, orientación sexual o estado veterano. El propósito de esta atención es:

- Para obtener información a través de la historia y exámen para diagnósticos y el desarrollo de un plan de atención/tratamiento.
- Para tratar enfermedad, salud mental, exámen de lesión y discapacidad, uso de procedimientos, terapias y medicamentos.
- Para auxiliar pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades.
- Para acelerar el retorno gradual de la salud y fuerza de los pacientes/clientes después de enfermedad y reducir la duración del tiempo de la recuperación funcional.

Se harán referencias a otras agencias que sean apropiadas a las necesidades del paciente. Podría ser que se tomen fotografías o video si es necesario para proveer tratamiento o documentación.

**Como parte de su cuidado integrado nosotros usamos un expediente de salud electrónico que incluye su información de salud médica, mental, dental y otra información. En orden de darle la mejor atención posible, todos los de su equipo de cuidado pueden ver el expediente completo. Esta autorización también concierne a la Regulación Federal 42 CFR Parte 2 de los Estatutos del Estado concierne a Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas.**

**\*La firma en la parte de abajo de esta página provee consentimiento de tratamiento\*** Yo tengo completo entendimiento que este consentimiento es dado por adelantado para un diagnóstico o tratamiento específico. Yo también estoy consciente de que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocado por escrito. Mi consentimiento será llevado a otras localidades de Community First Health Centers si escojo otro proveedor o servicio dentro de esta organización.

## Reconocimiento

Mi firma indica que: Yo he leído y entendido toda la información de arriba y en la página 1 de esta forma.

- La información demográfica, de cobranza y de aseguranza que he proveído a Community First Health Centers es correcta. Yo sé que es mi responsabilidad proveer información actualizada en cada visita.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas.
- Se me ha dado información acerca de Patient Centered Medical Home (PCMH). Yo entiendo el concepto y acepto que la participación de paciente y familia es crucial en el manejo de la salud.
- Community First Health Centers seguirá las leyes Estatales y Federales concierne en proteger información médica y demográfica.

Yo estoy pidiendo tratamiento y doy consentimiento para el tratamiento de **(Seleccione uno únicamente):**

- Yo mismo
- Menor, Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

### Documentación de relación proveída:

- Licencia     Oficio de la Corte     Custodia del padre     Tutor legal     Otro

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo



## Registro de Pacientes Nuevos y Evaluación de Historia de Salud

### Información Demográfica

**Instrucciones: Por favor complete todas las secciones. Favor de traer identificación y tarjeta de seguro médico con usted.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿El paciente es un niño?  SI  No (Si no pase a la dirección del paciente)  Si  No

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de la Madre: (Padre Legal)	Nombre del Padre: (Padre Legal)
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado:	Ciudad/Estado:
Teléfono:	Teléfono:

### DIRECCIÓN DEL PACIENTE:

Calle: \_\_\_\_\_ Apta. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

# Cell: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Separado  Viudo  Divorciado  Soltero

Si es menor de edad, nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_ Vive con:  Padre(s)  Guardián

### CONTACT DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Persona responsable:  Yo  Esposa(o)  Padre  Padre sin custodia  Otra Persona

Nombre de persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO:

#### Seguro Primario

Nombre de compañía: \_\_\_\_\_ Nombre De Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ # Póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

#### Seguro Secundarios

Nombre de compañía: \_\_\_\_\_ Nombre De Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ # Póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Scanned into Chart  Translation provided



## Registro de Pacientes Nuevos y Evaluación de Historia de Salud

### Información de Medicinas o E-Prescripciones:

El centro Community First Health Centers utiliza un programa de prescripciones informatizada que mejora la precisión y la comodidad de los medicamentos recetados. Este programa permite la transmisión electrónica de la mayoría de sus recetas directamente a la farmacia de su elección. Para ayudarnos en la implementación de este programa, necesitamos la siguiente información de usted.

Su farmacia PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

---

## Registro de Pacientes Nuevos y Evaluación de Historia de Salud

### Información de seguimiento de referencias

Community First Health Centers utiliza una variedad de herramientas para generar nuevos pacientes en nuestras comunidades. Sírvase indicar a continuación dónde ha oído hablar de nosotros, para que podamos estar seguros de dirigir mejor esos recursos.

- Periódico / Internet / Publicidad impresa
- Evento de la comunidad
- Amigo / miembro de la familia
- Otro: \_\_\_\_\_



## Registro de Pacientes Nuevos y Evaluación de Historia de Salud

### Historial Medico

**Instrucciones: Por favor complete todas las secciones.**

**\*\*FAVOR DE TRAER TODOS LOS FRASCOS DE MEDICAMENTOS CON USTED\*\***

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>MEDICAMENTOS (incluyendo todos los medicamentos sin receta y suplementos de hierbas):</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				<b>ALERGIAS:</b> <hr/> <hr/> <hr/>													
<b>PROBLEMAS MEDICOS:</b> <hr/> <hr/> <hr/>				Alergia al látex/cinta? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No													
<b>HOSITALIZACIONES RECIENTES/CIRUGIAS: (Fecha, razón, hospital/medico)</b> <hr/> <hr/> <hr/>				<b>VIAJES RECIENTES FUERA DE EUA?</b> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No  Si es así:													
<b>HISTORIAL MEDICO (cualesquiera de los siguientes familiares han tenido alguna de estas condiciones por favor complete la casilla apropiada):</b>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Donde?</th> <th style="width: 30%;">Fecha de su viaje?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Donde?	Fecha de su viaje?										
Donde?	Fecha de su viaje?																
Enfermedad / Condición	Usted	Miembros de Familia	Que Familiares	Mantenimiento de la Salud	Date												
Cáncer				Ultimo Papanicolaou													
Diabetes				Ultima Mamografía													
Problemas Del Corazón				Ultima Colonoscopia													
Derrame Cerebral				Ultimo Examen De Ojos													
Presión Alta				Ultimo Examen Dental													
Depresión				Ultima Vacuna Del Tétano													
Convulsiones				Ultima Vacuna Del Hepatitis B													
Abuso De Alcohol / Drogas				Ultima Vacuna Contra La Gripe													
Tiroides				Ultima Vacuna Contra La Neumonía													
Fracturas																	

o Scanned into Chart   o Translation provided





## Encuesta UDS

Community Health Centers es un Centro de Salud para la Comunidad Calificado Federalmente. Nuestra misión es proveer atención individualizada de alta calidad a la gente de nuestra comunidad. Porque recibimos fondos económicos federales, se nos requiere tratar de recopilar la información de abajo. Toda la información se mantiene estrictamente confidencial y de ninguna manera afecta a los servicios que se le prestan a usted como paciente.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<p><b>Ingreso Económico Familiar Anual:</b> _____</p> <p><b>Número de Dependientes:</b> _____</p> <p>(Incluye todos los miembros de la casa incluyendo la persona por la que se está completando esta forma)</p> <p><input type="radio"/> Escoge no revelar información</p>	<p><b>Estado de Vivienda:</b></p> <p><input type="radio"/> No está sin casa <span style="float: right;"><input type="radio"/> Calle</span></p> <p><input type="radio"/> Refugio para personas sin hogar <span style="float: right;"><input type="radio"/> Otro</span></p> <p><input type="radio"/> Compartiendo la casa con alguien más</p> <p><input type="radio"/> Vivienda en Transición</p> <p><input type="radio"/> Vivienda Pública (excluya Sección 8)</p> <p><input type="radio"/> Escoge no revelar información</p>	
<p><b>Raza:</b></p> <p><input type="radio"/> Asiático <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> Blanco</span></p> <p><input type="radio"/> Nativo Hawaiano <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> De las Islas del Pacífico</span></p> <p><input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> Negro o Afro-Americano</span></p> <p><input type="radio"/> Escoge no revelar información</p>	<p><b>Estado de Empleo:</b></p> <p><input type="radio"/> Tiempo-completo <span style="float: right;"><input type="radio"/> Medio-tiempo</span></p> <p><input type="radio"/> Desempleado <span style="float: right;"><input type="radio"/> Discapacitado</span></p> <p><input type="radio"/> Escoge no revelar información</p>	
<p><b>Grupo Étnico:</b></p> <p><input type="radio"/> Hispano/Latino <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> No Hispano/Latino</span></p> <p><input type="radio"/> Escoge no revelar información</p>	<p><b>Estudiante de Tiempo-Completo:</b></p> <p><input type="radio"/> Si <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> No</span></p> <p><input type="radio"/> Escoge no revelar información</p>	<p><b>Estado Veterano de Guerra:</b></p> <p><input type="radio"/> Si <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> No</span></p> <p><input type="radio"/> Escoge no revelar información</p>
<p><b>Idioma(s) que habla:</b></p> <p><input type="radio"/> Inglés <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Español</span></p> <p><input type="radio"/> Otro: _____ (por favor escríbalo)</p> <p><input type="radio"/> Marque si necesita intérprete</p> <p><b>Idioma que prefiere para comunicarse:</b></p> <p><input type="radio"/> El mismo que habla <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> Otro: _____</span></p> <p><input type="radio"/> Escoge no revelar información</p>	<p><b>Estado de Agricultura:</b></p> <p><input type="radio"/> Si <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> No</span></p> <p><b>Si su respuesta es si, escoja uno:</b></p> <p><input type="radio"/> Trabajador de temporada <span style="float: right;"><input type="radio"/> Trabajador Migrante</span></p> <p><input type="radio"/> Dependiente de un trabajador Migrante/Temporada <span style="float: right;"><input type="radio"/> Escoge no revelar información</span></p>	
<p><b>Identificar Género:</b></p> <p><input type="radio"/> Masculino <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> Femenino</span></p> <p><input type="radio"/> Transgénero Femenino <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> Otro</span></p> <p><input type="radio"/> Transgénero Masculino <span style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> Escoge no revelar Información</span></p>	<p><b>Orientación Sexual</b></p> <p><input type="radio"/> Heterosexual <span style="float: right;"><input type="radio"/> Bisexual</span></p> <p><input type="radio"/> Homosexual <span style="float: right;"><input type="radio"/> Otro</span></p> <p><input type="radio"/> Lesbiana <span style="float: right;"><input type="radio"/> Escoge no revelar información</span></p>	

Scanned into Chart  Translation provided



## Derechos Del Paciente Para Su Archivo

Nosotros en COMMUNITY FIRST HEALTH CENTERS consideramos el cuidado de la salud como una asociación entre usted y sus cuidadores. Respetamos sus derechos, valores y dignidad. También solicitamos que usted reconozca las responsabilidades que conlleva ser un paciente de COMMUNITY FIRST HEALTH CENTERS. Por favor revise los derechos esperados y responsabilidades que le pertenecen al paciente, estos se describen a continuación.

Derechos del paciente:

- Seguridad, alta calidad, atención médica, sin discriminación, compasivo y respeta la dignidad personal, valores y creencias.
- Para participar y tomar decisiones sobre su cuidado incluyendo el manejo del dolor.  
Rechazo de la ayuda médica en la medida permitida por la ley. Los proveedores de cuidado (doctores, enfermeras, etc.) explicaran las consecuencias médicas de rechazar el tratamiento recomendado.
- El tener una enfermedad o dolor se le explicara de una forma comprensible el tratamiento, alternativas y los resultados. Tenemos servicios de interpretación si es necesario.
- Saber el nombre y la función de su proveedor de servicios (medico, enfermera, etc.)
- Saber los tratamientos, tener comunicación y mantener los registros médicos en privado por ley.
- Tener acceso a los registros médicos en un plazo razonable, en medida permitida por la ley.
- Ser informado sobre traslados de terapia a otra organización o proveedor de salud y alternativas a dicha transferencia.
- Recibir información sobre continuar su atención medica al final de cada visita.
- Saber acerca de cualquier política que puedan afectar a su cuidado o tratamiento.
- Participar o negarse a participar en la investigación y que la disminución en cualquier momento no pondrá en peligro su acceso a servicios a tratamientos médicos.
- Tratamientos privados y confidenciales, las comunicaciones y los registros médicos en la medida que la ley lo permita.
- Recibir información sobre las directivas anticipadas (testamento vital, poder médico o abogado, o las instrucciones anticipadas de salud mental) y tener sus directivas anticipadas respetados como lo permite la ley.
- Toda la información relativa a los cargos por servicio y asesoramiento sobre la habilidad de buscar ayuda financiera.
- Acceso a la promoción o agencias de servicios de protección y el derecho a estar libre de abuso\abandono.
- Foro de quejas o preguntas; le garantiza que las preocupaciones y quejas no afectara su cuidado médico, servicios y tratamiento. Si usted tiene alguna preocupación con respeto a la seguridad o la calidad de su atención no dude en consultar con su médico o con el Director de la clínica. También puede comunicarse con el Ejecutivo de los servicios clínicos al 586-749-5197
- Si desea ponerse en contacto con la Comisión Conjunta para expresar su preocupación respecto a la seguridad o la calidad de la atención al paciente, puede ponerse en contacto con ellos al: Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, The Joint Commission: One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181  
Fax: 630-792-5636 o puede hacer su queja en línea al [patientsafetyreportt@jointcommission.org](mailto:patientsafetyreportt@jointcommission.org).



#### Responsabilidades Del Paciente:

- Asociarse con el proveedor/ Medico de casa en establecer una relación de colaboración para abordar los problemas de salud y comportamientos de salud personales del paciente, proporcionando la mayor cantidad de información posible acerca de la salud, historial médico y los beneficios de su seguro médico.
- Mantener las citas programadas o cancelar con 24 horas de anticipación, si es posible.
- Contactar a su proveedor de cabecera primero para sus problemas médicos, que no sean emergencias, amenazante o con potencial de dañar permanentemente el estado de salud.
- Reporte cambios en su condición o síntomas, y llevar un registro médico que incluya lista de medicamentos recetados y suplementos dietéticos (como vitaminas, suplementos herbarios)
- Hacer preguntas si no entiende las instrucciones médicas, o si es imposible seguir su plan de atención médica.
- Identificar y trabajar hacia objetivos de vida personales y establecer metas claras para su salud.
- Cumplir con sus obligaciones financieras del centro médico.
- Actuar de una manera que sea respetuosa y seguridad a otros pacientes, el personal y la propiedad del centro médico. También seguir las reglas y regulaciones y reglas del centro médico.

Seguir las reglas y regulaciones políticas del centro médico.



## EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA

### Para Su Archivo

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

Community First Health Centers le requiere la ley mantener protegida la privacidad de su información médica y de proveerle a usted con avisos de sus deberes legales y prácticas de privacidad.

Community First Health Centers debe seguir los términos de aviso ocurrentemente en efecto, pero El Community First Health Centers se reserva el derecho de cambiar los términos. Si hubiera un cambio, El Community First Health Centers le proveerá a usted un aviso por escrito, revisado, tan pronto como sea posiblemente ya sea por correo o personalmente.

Como paciente de Community First Health Centers, la información sobre usted se podrá utilizar y divulgar a otras partes con el objeto de tratamientos, pagos, y operaciones del cuidado médico. Estos usos y divulgaciones incluyen, pero no se limitan a, proporcionar información contenida en expedientes financieros y/o expedientes médicos, incluyendo información concerniente a enfermedades contagiosas como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome inmunodeficiencia adquirida (SIDA), abuso de drogas/alcohol, diagnosis psiquiátrica y expedientes de tratamientos y/o resultados de análisis de laboratorio, historial médico, tratamientos en progreso y/o cualquier otra información relacionada con:

- Su compañía de seguro médico, un plan médico financiado por usted o terceras personas, Medicare, Medicaid, u otra persona o entidad que pueda ser responsable de pagar o de procesar los pagos de cualquier porción de su cuenta por los servicios;
- Cualquier persona o entidad afiliada representa para propósitos administrativos, pagos, y calidad y gestión de riesgos;
- Cualquier hospital, asilo u otro tipo de facilidad de cuidado médico a la cual usted puede ser admitido;
- Cualquier persona que lo asista o facilidad médica a la que usted pertenezca;
- Cualquier médico que le proporcione atención médica;
- Miembros de su familia y otras personas que son parte de su plan de servicios médicos;
- Agencias autorizadas y acreditadas, incluyendo la información contenida a Conjunto de datos OASIS de la agencia estatal que actúa como representante del programa Medicare/Medicaid.
- Contactarlo para recordarle de citas o darle información de otras actividades de salud que proporcionamos
- Contactarlo para pedir fondos para Community First Health Centers;
- Otros proveedores de cuidado en la salud para iniciar su tratamiento.

**A Community First Health Centers se le permite usar o divulgar su información sin su consentimiento o autorización de acuerdo a las siguientes circunstancias;**

1. En situaciones de tratamientos de emergencia, si Community First Health Centers trata de obtener su consentimiento tan pronto como sea posible después del tratamiento;
2. En el caso de que existan barreras substanciales para comunicarse con usted y Community First Health Centers determina que el consentimiento esta deducido claramente
3. Donde la ley requiera a Community First Health Centers proveerle con tratamientos y seamos incapaces de obtener su consentimiento;
4. Donde el uso o el acceso es requerido por la ley;
5. Para ciertas actividades públicas de salud;



6. Donde Community First Health Centers crea razonablemente que usted es una víctima del abuso, negligencia o violencia doméstica a una autoridad gubernamental autorizada de recibir abuso, negligencia o violencia doméstica;
7. Actividades de descuido en el servicio médico;
8. Ciertos procedimientos administrativos judiciales;
9. Ciertos propósitos de la aplicación de la ley;
10. A los forenses, examinadores médicos y directores fúnebres, en ciertas circunstancias;
11. Para propósitos de donación de órganos cadavéricos, ojos o tejidos;
12. Para ciertos propósitos de investigación
13. Para evitar una amenaza grave a la salud y a la seguridad;
14. Para funciones especializadas del gobierno, incluyendo militares y las actividades de los veteranos, actividades de la seguridad nacional e inteligencia, los servicios de protección al Presidente y otros, determinaciones médicas, instituciones correccionales y en situaciones de custodia;
15. Para propósitos de las Compensaciones de los Trabajadores.

A Community First Health Centers se le está permitido usar o divulgar su información proporcionada sin su consentimiento o autorización, a usted se le informa por adelantado y se le da la oportunidad de consentir o de prohibir o de restringir el acceso en las siguientes circunstancias:

1. El uso de un directorio de individuos utilizado por Community First Health Centers;
2. A un miembro familiar, pariente, amigo, u otra persona identificada, la información relevante, cuyas personas están implicadas en su cuidado o pagos médicos. Otros usos y divulgaciones serán proporcionados con su autorización por escrito. Esta autorización se podrá revocar, por escrito, en cualquier momento, excepto en situaciones limitadas

## SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho, conforme a ciertas condiciones, a:

1. Solicitar restricciones en ciertos usos o divulgaciones de su información;
2. Sin embargo, a Community First Health Centers no se le requiere estar de acuerdo con la restricción solicitada;
3. Recibir comunicación confidencial de su información médica;
4. Examinar y copiar su información médica;
5. Corregir su información médica en caso necesario;
6. Recibir una cuenta de divulgaciones;
7. Obtener una copia de este aviso, si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente.

## QUEJAS

Usted puede reclamar a Community First Health Centers y al Departamento de Salud y Recursos Humanos de la Secretaría de Los Estados Unidos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No habrá represalias contra usted por haber levantado una queja. La reclamación deberá ser presentada por escrito a Community First Health Centers y debe indicar los incidentes específicos en términos del tema, fecha y otros acontecimientos relevantes. Una queja a la Secretaría debe conformarse con los estándares especificados en la sección 45 CFR 160.306.

Para más información en relación de cómo hacer una queja a Community First Health Centers, por favor contacte  
Renee Mardis, Jefa De Operaciones@586-270-8055 ext. 249

He leído o me han explicado este Aviso. Entiendo este aviso y he tenido oportunidad de hacer preguntas respecto a la información proporcionada.

Este aviso comenzó a partir de **Marzo 2016**

o Scanned into Chart o Translation provided