

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: Por favor, escriba en letra de imprenta**

Complete **TODAS** las secciones. La falta de información puede dar lugar a que se le facturen los cargos directamente al paciente.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE – PÁGINA 1**

<b>Apellido:</b>	<b>Nombre de pila:</b>	<b>I.M.:</b>
También conocido como, o apellido de soltera:		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiere no declararlo <b>N.º de Seguro Social:*</b>		
Raza: <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca/caucásica <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano /de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra o prefiere no especificarla		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana <input type="checkbox"/> Prefiere no especificarla		
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> hmong <input type="checkbox"/> lao <input type="checkbox"/> punjabi <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/lengua de señas <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no especificarlo		
N.º de teléfono preferido:	<input type="checkbox"/> de casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> laboral	
N.º de teléfono secundario:	<input type="checkbox"/> de casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> laboral	
Dirección: Calle:	Casilla de correo/N.º de apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		
Empleador:	N.º de teléfono:	
Médico de atención primaria:	N.º de teléfono:	
¿Un médico lo remitió a este consultorio o usted mismo lo eligió? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Usted		
Si fue un médico, por favor indique quién:		
Farmacia preferida:	N.º de teléfono:	
Ubicación de la farmacia/Intersección:		

**INFORMACIÓN DE LA LESIÓN – Fecha de la lesión:**

Lesión no relacionada con el trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesión relacionada con el trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Contacto para emergencias:	Relación con el paciente:
Teléfono de casa:	Teléfono laboral:

\*El nuevo sistema electrónico de registros médicos (EMR) de University Centers of Excellence requiere su número de seguro social, como su número único de identificación. Por favor, ayúdenos a ofrecerle atención médica de la mejor calidad informando su número de seguro social. Esto es muy importante porque, sin su número de seguro social como un identificador, su registro médico electrónico podría estar incompleto o contener inconsistencias. Por favor, esté seguro de que su número de seguro social se usa solo con este fin; nunca se imprime. Está protegido contra el uso indebido del mismo modo que nosotros protegemos su información de salud.

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: Por favor, escriba en letra de imprenta**

Complete **TODAS** las secciones. La falta de información puede dar lugar a que se le facturen los cargos directamente al paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE – PÁGINA 2

Apellido:	Nombre de pila:	I.M.:
-----------	-----------------	-------

**INFORMACIÓN DEL SEGURO: Por favor, entréguele la tarjeta de seguro a la recepcionista.**

Información del garante: <input type="checkbox"/> <i>Marque aquí si es el paciente</i>	
Responsable:	Fecha de nacimiento:
Dirección (si es diferente a la del paciente):	Teléfono de casa:
Ocupación:	Empleador:
Dirección del empleador:	N.º de teléfono:

**SEGURO PRIMARIO: Nombre de la compañía de seguro:**

Nombre del titular:	N.º de SS del titular:	
Fecha de nacimiento:	N.º de grupo:	Póliza N.º:
Copago: \$	Relación del paciente con el titular: <input type="checkbox"/> Mismo-01 <input type="checkbox"/> Cónyuge-02 <input type="checkbox"/> Hijo-03 <input type="checkbox"/> Otro:	

**SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE): Nombre de la compañía de seguros:**

Nombre del titular:	N.º de SS del titular:	
Fecha de nacimiento:	N.º de grupo:	Póliza N.º:
Relación del paciente con el titular: <input type="checkbox"/> Mismo-01 <input type="checkbox"/> Cónyuge-02 <input type="checkbox"/> Hijo-03 <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Se trata de una reclamación conforme al seguro de riesgos del trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Código de motivo secundario de Medicare (debe marcar uno si Medicare es el seguro secundario):**

- 12 **Superó la edad laboral** El Beneficiario o su cónyuge conforme al Plan médico colectivo del empleador
- 13 Beneficiario con enfermedad renal terminal dentro del Período obligatorio de coordinación conforme a un Plan médico colectivo del empleador
- 14 El seguro de responsabilidad de terceros, incluido el seguro automotor, es el primario
- 15 Seguro por riesgos del trabajo
- 16 Servicio de salud pública (PHS, por sus siglas en inglés) u otro organismo del gobierno federal (Programa gubernamental de investigación)
- 41 Pulmón negro (antracosis)
- 42 Administración de veteranos de guerra
- 43 Beneficiario para **discapacitado** menor de 65 años de edad conforme a un Plan médico grupal de envergadura (LGHP – Empleadores con más de 50 empleados)
- 47 Otro seguro de responsabilidad es el primario (propietarios)

**¿Cuál es su método de comunicación preferido para los recordatorios de las citas?**

- Teléfono  Correo común  Portal web  Mensaje de texto  No comunicarse

**CLÁUSULA DE PRIVACIDAD:** Una persona será responsable por violación presunta de la privacidad cuando intente capturar cualquier tipo de imagen gráfica, grabación sonora o demás registros físicos de otra persona mientras efectúa una actividad personal o familiar, en circunstancias en las que dicha persona haya tenido una expectativa razonable de privacidad. La persona que viole estas disposiciones estará sujeta a una multa civil de entre un mínimo de \$5,000 y un máximo de \$50,000 [Código Civil de California, Artículo 1708.8].

Central California Faculty Medical Group (CCFMG) y University Centers of Excellence cumplen con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Firma del paciente/tutor

Fecha

## Registros médicos electrónicos compartidos

Compartimos el sistema de registros médicos electrónicos con Community Medical Centers.

### Ambiente libre de humo

Por la salud de nuestros pacientes, empleados y visitas, no se permite fumar en los consultorios de University Centers of Excellence.

### Ambiente libre de armas

No se permiten las armas de ningún tipo en las instalaciones de University Centers of Excellence.

### Política de no presentación/Cancelación de la cita

Deseamos proporcionarle un servicio excepcional. Sin embargo, esto requiere de su cooperación. En caso de que usted no pueda asistir a una cita programada, por favor, póngase en contacto con nosotros por lo menos con 24 horas de anticipación, de manera que podamos otorgarle esa cita a otro paciente. Si no asiste a una cita o no avisa telefónicamente por lo menos con 24 horas de anticipación, se considerará que no se ha presentado y se le podrá facturar a usted directamente un cargo de \$35.00, ya que esto no está cubierto por ningún plan de seguro. He leído, comprendo y acepto la Política de no presentación/Cancelación de la cita, detallada con anterioridad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Garante si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

### Política de no presentación/Cancelación de la cita

Ofrecemos un servicio de notificación de cambio de las citas mediante mensaje de texto a su teléfono celular (pueden aplicarse los cargos estándar para los mensajes de texto).

Deseo recibir recordatorios de las citas y notificaciones de cambios de las citas por mensaje de texto

No deseo recibir recordatorios de las citas y notificaciones de cambios de las citas por mensaje de texto

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Garante si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Acuerdo y formulario de consentimiento para la autorización de servicios

### I. Consentimiento para el diagnóstico y el tratamiento

Acepto y comprendo que, al presentarme para recibir tratamiento y asistencia médica en University Centers of Excellence, también conocidos como Central California Faculty Medical Group (CCFMG), autorizo y doy mi consentimiento para la administración y realización de todos los exámenes y tratamientos que puedan ser indicados por el médico (y/o su asistente designado) y llevados a cabo por miembros del personal médico y de otro tipo de University Centers of Excellence. Estoy en conocimiento de que la medicina no es una ciencia exacta y acepto que no me han dado garantías en cuanto al resultado de un tratamiento o examen médico.

### II. Retención de información

Entiendo que University Centers of Excellence pueden registrar información médica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento, de manera electrónica y de cualquier otra forma física. Dicha información se requiere en el curso de mi tratamiento, y puede ser divulgada por University Centers of Excellence para los propósitos autorizados en este formulario. Entiendo que partes de mis registros médicos pueden ser reveladas al personal calificado, que no pertenece a University Centers of Excellence, con el propósito de llevar a cabo investigaciones científicas o estadísticas, auditorías de gestión o financieras, evaluación de licencias y programas u otro propósito similar. No seré identificado por mi nombre u otra información de identificación personal en ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación, sin mi expreso consentimiento por escrito.

### III. Divulgación de información

Por el presente, autorizo a University Centers of Excellence a divulgar a mis compañías de seguros, grupos de seguros de empleador, planes de salud, programa Medicare/Medicaid, sus aseguradoras o intermediarios, cualquier registro médico u otra información relacionada con este tratamiento para obtener un reembolso en mi nombre por el tratamiento y los servicios que me hayan proporcionado University Centers of Excellence y los médicos asociados a dicho centro. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier razón por medio de una notificación escrita a University Centers of Excellence. Esta autorización no se opondrá a cualquier política interna de University Centers of Excellence en relación con la divulgación de información, las cuales tendrán prioridad. Esta autorización no tiene como objeto permitir la divulgación de registros relacionados con mi tratamiento por servicios que requieran una autorización específica de acuerdo con las leyes estatales o federales.

### IV. Programa de enseñanza

University Centers of Excellence están afiliados a la Universidad de California, Facultad de Medicina de San Francisco (UCSF, por sus siglas en inglés). UCSF es una institución de enseñanza, investigación y cuidado de la salud. Entiendo que los residentes, internos, estudiantes de medicina, estudiantes de carreras auxiliares del cuidado de la salud, posgraduados y otros practicantes pueden observar, examinar, tratar y participar en la atención del paciente, a petición y bajo la supervisión del médico a cargo del cuidado médico del paciente, como parte de los programas de educación médica de UCSF.

## Acuerdo y formulario de consentimiento para la autorización de servicios

### V. Asignación de beneficios y garantía de pago

En contraprestación por los servicios de University Centers of Excellence y de los servicios médicos que se me proporcionan, por el presente cedo a University Centers of Excellence, a los médicos y a otros profesionales asociados con University Centers of Excellence, todos mis derechos y reclamaciones por reembolso en virtud de Medicare, Medicaid o de una póliza colectiva contra accidentes o de seguro de salud, en virtud de los cuales puede haber beneficios disponibles para el pago de los servicios proporcionados. Yo acuerdo pagar a University Centers of Excellence y a los médicos y otros profesionales asociados con University Centers of Excellence el saldo adeudado de todos los cargos no pagados por las coberturas mencionadas con anterioridad (con excepción de los cargos no reembolsables conforme a las normas de Medicare). Esto puede incluir costos de cobranza y/u honorarios razonables de abogados.

Al firmar a continuación como acto libre y voluntario, declaro que he leído todo lo precedente, los puntos I a V, y estoy de acuerdo con cada declaración y convenio de este documento, que puede incluir tratamiento con hospitalización luego de una emergencia o atención ambulatoria.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Tutor (si el paciente es menor de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otro (relación registrada con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Políticas financieras y de facturación

Muchas gracias por elegir los médicos de Central California Faculty Medical Group, University Faculty Associates y University Centers of Excellence (UCOE). Estamos comprometidos a brindar excelencia clínica para atender sus necesidades de cuidado de la salud. Participamos de una variedad de planes de seguros y le facturaremos directamente a su seguro según estos planes.

Entendemos que la facturación y el pago por servicios de cuidado de la salud pueden ser confusos y complicados. Es importante que usted conozca la información contenida en su plan de salud específico, incluido cualquier copago y otras disposiciones. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el departamento de servicios para socios de su plan de salud; el número telefónico se encuentra en el folleto de su plan de beneficios o en su tarjeta de identificación.

**Infórmenos los cambios:** Si usted ya es paciente, por favor, avísenos si su información personal o de su seguro ha cambiado desde su última visita. La falta de información actualizada puede causar demoras en la atención y la obligación de pagar el costo total de la consulta.

**Traiga su información de salud:** Traiga la información de su seguro de salud a su consulta. Esto incluye su identificación, todas las tarjetas de seguros y formularios de autorización/remisión. Le pediremos que firme varios formularios como el de divulgación de información, asignación de beneficios y posiblemente formularios adicionales dependiendo de su consulta

**Copagos, deducibles y coseguro:** Los copagos deben pagarse en el momento de su visita al consultorio. Conforme a las condiciones de nuestro contrato con los diversos planes de seguros, no podemos eximir el pago de ningún monto de copago, deducible o coseguro que sea definido como responsabilidad del paciente. Si tiene alguna pregunta sobre sus copagos o deducibles, por favor, comuníquese con su compañía de seguros. Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjetas de débito, VISA y MasterCard.

**Saldos de responsabilidad del paciente:** Todos los saldos que corresponden al paciente deben ser pagados en su totalidad o se debe realizar un acuerdo financiero en el momento de su consulta.

**Depósitos:** Para ciertos procedimientos que no estén cubiertos por el seguro, se puede solicitar que realice un depósito o pague por el servicio completo antes del tratamiento.

**Pago puntual:** Ofrecemos un descuento por puntualidad en el pago. Por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación para más detalles.

**Autorización previa:** La mayoría de los planes de salud requieren de autorización para los servicios optativos. Si su compañía de seguros decide que su servicio no es médicamente necesario, que es preexistente o que no es un servicio cubierto, se le exigirá que pague antes de recibir el servicio.

**HMO/Planes de salud administrados:** Es responsabilidad suya asegurarse de haber obtenido una remisión vigente para su atención con nuestros proveedores. Si no se ha obtenido una remisión para el momento de su cita médica, es posible que usted deba reprogramar su visita para cuando tenga una remisión vigente. Sabemos que esto es una molestia, pero sin la remisión no se reembolsará a nuestro médico por los servicios prestados.

## Políticas financieras y de facturación

**Seguro de riesgos del trabajo:** Por favor, traiga su número de reclamación, fecha de la lesión y la información del seguro del empleador/riesgos del trabajo. Su reclamación debe estar abierta y ser válida para la afección por la que nosotros lo estamos atendiendo.

**Estados de cuenta:** Usted no recibirá un estado de cuenta hasta que su compañía de seguros principal haya cumplido con su responsabilidad financiera o hasta que se determine que un servicio es responsabilidad del paciente.

**Quiénes pueden hablar de una factura:** La confidencialidad es importante. Nuestros representantes de cuentas del paciente solo pueden hablar con el paciente o con la persona designada por escrito por él para recibir las facturas en nombre del paciente.

Gracias por comprender nuestras políticas de facturación. Nuestro personal de facturación está a cargo de todas las consultas sobre facturación. Si tiene alguna pregunta sobre su facturación o el estado de su cuenta, por favor, no dude en comunicarse con nuestra oficina al siguiente teléfono: 559-453-5231, de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 4:30 p.m.

He leído, comprendo y acepto las Políticas de facturación anteriormente detalladas. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como también los copagos y deducibles aplicables, son mi responsabilidad.

Autorizo a que se paguen mis beneficios de seguro directamente a University Centers of Excellence. Autorizo a University Centers of Excellence a divulgar información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando así se requiera, cuando sea necesario para obtener autorización para un procedimiento o para facilitar el pago de una reclamación. He proporcionado información completa y precisa y acepto informar a University Centers of Excellence sobre cualquier cambio relacionado con la información de mi facturación personal o la información de mi facturación del seguro.

---

Firma del Paciente (Garante si el paciente es menor de edad)

Fecha

Central California Faculty Medical Group (CCFMG) y University Centers of Excellence cumplen con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

### Acuse de recibo del aviso de privacidad

He recibido el Aviso de Privacidad de University Centers of Excellence durante esta consulta. Entiendo que puedo obtener una copia de cualquier futuro Aviso actualizado en cualquier sede de University Centers of Excellence o a través del sitio web de University Centers of Excellence: [www.UniversityMDs.com](http://www.UniversityMDs.com).

\_\_\_\_\_  
Paciente/Cónyuge/Pariente cercano/Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

***To be completed by University Centers of Excellence Employee if acknowledgement is not signed:***

Reason that this acknowledgement was not signed:

\_\_\_\_\_ Patient indicates received on prior visit

\_\_\_\_\_ Patient declined to sign

\_\_\_\_\_ Other

\_\_\_\_\_  
Patient/Representative initials if declined

\_\_\_\_\_  
Employee's initials

### Representante personal

En el espacio a continuación, si así lo desea, por favor, indique los representantes personales\*/personas a los que se les permite recibir o conocer información concerniente a su atención médica durante un período de 12 meses desde la fecha de su firma de este formulario. En caso de que sus representantes personales designados cambien durante el período de vigencia de este formulario, debe ponerse en contacto con CCFMG por escrito y solicitar el cambio.

Nombre(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*Un representante personal, según lo definido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, es cualquier familiar, amigo o persona designado por el paciente, a quien se le puede revelar información sobre la salud del paciente.*

*Central California Faculty Medical Group (CCFMG) y University Centers of Excellence cumplen con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.*

*Afiliado a University Faculty Associates*



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MODO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si desea solicitar más información sobre nuestras políticas y procedimientos de privacidad, comuníquese con el Director de Privacidad de nuestro consultorio en:

University Faculty Associates  
Central California Faculty Medical Group (CCFMG)  
2625 E. Divisadero Street  
Fresno, CA 93721  
Atención: Director de Privacidad  
(559) 453-5200

### QUIÉN DEBERÁ CUMPLIR CON ESTE AVISO

Este aviso contiene información sobre las prácticas de privacidad que siguen nuestros empleados, miembros del personal, empleados del consultorio y otros integrantes de nuestra fuerza laboral. Las prácticas descritas en este aviso también serán respetadas por todos los proveedores de atención médica a quienes usted podría consultar por teléfono (cuando su proveedor de atención médica regular de nuestro consultorio no esté disponible) y por quienes proporcionen “cobertura de llamadas” para su proveedor de atención médica.

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES SEGÚN LO REQUERIDO POR LEY

Este aviso se aplica a la información y los registros que tenemos sobre su salud, estado de salud, y la atención médica y los servicios que usted recibe en este consultorio.

La ley nos exige proporcionarle este aviso. Le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información médica protegida, y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y la divulgación de dicha información. Debemos mantener la privacidad de la información médica protegida y suministrarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su información médica protegida. Como parte de nuestras obligaciones, deberemos notificar a las personas afectadas luego de una violación de la información médica protegida no protegida. Tenemos el derecho de modificar nuestro Aviso de prácticas de privacidad y aplicaremos la modificación a toda su información médica protegida, incluida la información obtenida antes de la modificación. Acataremos los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente vigentes. Publicaremos un aviso de cualquier modificación en nuestra Política de Privacidad en el hall de nuestro consultorio, en nuestro sitio web de los consultorios, y le entregaremos una copia si lo solicita. En los casos en que las leyes estatales o federales puedan restringir aún más la divulgación de su información médica protegida, respetaremos las leyes más estrictas.

### CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

A continuación se describen diferentes maneras en las que podemos utilizar o divulgar su información médica protegida. Para cada una de ellas, explicaremos qué significa y proporcionaremos un ejemplo de dicho uso o divulgación. Tenga en cuenta que no se enumerarán todos los usos o las divulgaciones de cada categoría particular. Sin embargo, todas las maneras en que podemos usar y divulgar su información médica protegida corresponderán a una de las categorías que siguen.

Para el tratamiento. Podremos utilizar su información médica protegida para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podremos divulgar su información médica protegida a médicos, profesionales de la salud relacionados, técnicos, aprendices, voluntarios, personal del consultorio u otros empleados que participen en su atención médica.

Por ejemplo, su médico podría estar proporcionándole tratamiento por una condición cardíaca y quizás necesite saber si usted tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historia clínica para decidir qué tratamiento es el mejor para usted. El médico también le podrá informar a otro médico sobre su condición para que dicho médico pueda contribuir a determinar la atención más apropiada para usted.

Diferentes empleados de nuestro consultorio podrían compartir su información médica protegida y divulgar información médica protegida a personas que no trabajan en nuestro consultorio a fin de coordinar su atención, como por ejemplo, para llamar por teléfono a su farmacia para solicitar medicamentos recetados, programar análisis de laboratorio y ordenar radiografías. Los familiares y otros proveedores de atención médica pueden formar parte de su atención médica fuera de este consultorio y requerir información sobre usted que tengamos nosotros.

Para el pago. Podremos utilizar y divulgar su información médica protegida para que el tratamiento y los servicios que reciba en este consultorio puedan facturarse y que le podamos cobrar el pago a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, quizás debamos proporcionar información a su plan de salud sobre un servicio que recibió para que su plan de salud nos pague a nosotros o le reembolse a usted por el servicio. También podremos informar a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Podremos utilizar y divulgar su información médica protegida a fin de organizar el consultorio y asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica protegida para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podremos utilizar la información médica protegida sobre todos o muchos de nuestros pacientes para que nos ayude a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si determinados tratamientos nuevos son eficaces.

Recordatorios de citas. Podremos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para el tratamiento o la atención médica en el consultorio.

Alternativas de tratamiento. Podemos informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que pueden llegar a interesarle.

Productos y servicios relacionados con la salud. Podemos informarle acerca de nuestros productos o servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

Intercambio de información médica del centro de California. Participamos en el intercambio de información médica del centro de California (el “Intercambio”), que es un registro de salud electrónico que se comparte con otros proveedores de atención médica que participan en el Intercambio, en otras circunstancias específicas limitadas, con otros proveedores de atención médica que no son participantes del Intercambio, como, por ejemplo, un especialista a quien se le ha remitido. Su registro de salud electrónico también puede estar disponible en forma electrónica para el acceso de proveedores de atención médica cuando se determine que usted necesita atención de emergencia. Usted puede optar por que su información médica no se comparta a través del Intercambio de información médica del centro de California.

## SITUACIONES ESPECIALES

Podremos utilizar o divulgar su información médica protegida sin su permiso para los siguientes fines, sujeto a todos los requisitos y las limitaciones legales aplicables:

Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad. Podremos utilizar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Las divulgaciones se harán solo a alguien que pueda ayudar o prevenir la amenaza.

Según lo exija la ley. Divulgaremos su información médica protegida cuando la legislación federal, estatal o local lo requiera.

Investigación. Con fines de investigación en determinadas circunstancias limitadas. Los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Por lo tanto, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica con fines de investigación hasta que el proyecto de investigación particular, para el que podría utilizarse o divulgarse su información médica haya sido aprobado a través del proceso de aprobación especial. Este proceso puede incluir solicitar su autorización.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que coordinen la obtención de órganos, o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

Militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia. Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, es posible que comandos militares u otras autoridades gubernamentales nos exijan divulgar su información médica protegida. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Seguro de riesgos del trabajo. Podremos divulgar su información médica protegida para el seguro de riesgos del trabajo o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública. Podremos divulgar su información médica protegida por motivos de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o para informar nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos; o para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Actividades de supervisión de la salud. Podremos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud con fines de auditorías, investigaciones, inspecciones u otorgamientos de licencias. Estas divulgaciones podrían ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales monitoreen el sistema de atención médica, programas gubernamentales y el cumplimiento de leyes relacionadas con derechos civiles.

Juicios o disputas. Si usted está involucrado en un juicio o una disputa, podremos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. Con sujeción a todos los requisitos legales aplicables, también podremos divulgar su información médica protegida en respuesta a una citación judicial.

Información del directorio. Podremos divulgar información limitada relacionada con su nombre y ubicación para incluirla en el directorio a aquellas personas que pregunten por usted por su nombre o a un miembro del clero. Usted puede solicitar que no incluyamos su nombre en el directorio.

Registro de vacunas. Podremos utilizar y divulgar información de vacunas sobre usted o su hijo para contribuir a mantener un registro regional que ayudará a los condados a mantener la continuidad y la coordinación de los servicios.

Aplicación de la ley. Podemos divulgar información médica protegida si un funcionario del orden público nos solicita que lo hagamos en respuesta a una orden de un tribunal, citación judicial, auto judicial, orden de comparecencia o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podremos divulgar información médica protegida con respecto a una persona fallecida a: (1) médicos forenses y examinadores médicos para identificar la causa de la muerte u otras tareas, (2) directores de funerarias para sus tareas obligatorias, y (3) a organizaciones de obtención de órganos a los fines de la donación de órganos y tejidos.

Información que no le identifica personalmente. Podremos utilizar o divulgar su información médica protegida de manera tal que no lo identifique personalmente o que se haya convertido en información anónima de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables.

Recaudación de fondos y marketing. Podremos comunicarnos con usted con información, como parte de nuestras actividades de recaudación de fondos, pero usted tiene el derecho de optar por no recibir dicha comunicación.

Asociados comerciales. Existen algunos servicios proporcionados a nuestra organización a través de contratos con asociados comerciales, como servicios de facturación o transcripción. Podremos divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales para que ellos puedan prestar dichos servicios. Exigimos a los asociados comerciales que protejan su información de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables.

Familiares y amigos. Podremos divulgar su información médica protegida a sus familiares y amigos si obtenemos su aceptación verbal para hacerlo, o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y usted no plantea una objeción. También podremos divulgar su información médica protegida a sus familiares o amigos si podemos inferir de las circunstancias, basándonos en nuestro criterio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que usted acepta nuestra divulgación de su información médica protegida a su cónyuge cuando usted trae a su cónyuge con usted a la sala de examen durante el tratamiento o mientras se conversa sobre el tratamiento.

En situaciones en las que usted no puede dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o a una emergencia médica) podremos, utilizando nuestro criterio profesional, determinar que una divulgación a un familiar o amigo suyo es lo más conveniente para usted. En esa situación, divulgaremos únicamente la información médica protegida relevante para la participación de dicha persona en su atención. Por ejemplo, podremos informar a la persona que lo acompañó a la unidad de emergencias que usted sufrió un ataque al corazón y proporcionarle las novedades sobre su avance y pronóstico. También podremos utilizar nuestro criterio y experiencia profesional para deducir razonablemente que lo más conveniente para usted es permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, medicamentos recetados, suministros médicos o radiografías.

### DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

No podremos utilizar ni divulgar su información médica protegida con ningún fin distinto de los identificados en las secciones anteriores sin su Autorización específica por escrito. Los siguientes usos y divulgaciones se realizarán solo con su autorización: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, si las registra una entidad cubierta; (2) usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de marketing; (3) divulgaciones que constituyen una venta de información médica protegida; y (4) otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso de prácticas de privacidad.

Si tenemos información médica protegida muy confidencial, como por ejemplo, sobre VIH, abuso de sustancias o información de salud mental sobre usted, no podremos divulgar esa información sin que usted nos proporcione una autorización especial por escrito firmada (a diferencia de la Autorización mencionada con anterioridad) (p. ej., usted debe especificar el tipo de información confidencial que estamos autorizados a divulgar).

### SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida en nuestro poder:

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información médica protegida que podemos utilizar para tomar decisiones sobre su atención. Habitualmente esta incluye registros médicos y de facturación, pero no las notas de psicoterapia ni información compilada para procedimientos legales. Usted debe presentar una solicitud por escrito al Director de Privacidad, a fin de poder inspeccionar y /o copiar su información médica protegida. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrar un cargo por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados. Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y/ o copiar en determinadas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica protegida, usted podrá solicitar que se revise el rechazo. Si la ley exige dicha revisión, seleccionaremos a un profesional de atención médica con licencia para que revise su solicitud y nuestro rechazo. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud, y acataremos el resultado de la revisión.

Derecho a modificar. Si cree que su información médica protegida en nuestro poder es incorrecta o está incompleta, podrá solicitarnos que modifiquemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una modificación mientras la información se conserve en este consultorio.

Para solicitar una modificación, complete y presente un Formulario de modificación/Corrección de registro médico al Director de Privacidad. Responderemos a su solicitud de una justificación de las divulgaciones en un plazo de sesenta (60) días desde la recepción de su solicitud por escrito, a menos que se necesite más tiempo para responder, en cuyo caso podremos extender nuestro plazo para la respuesta durante un máximo de treinta (30) días adicionales y proporcionarle una explicación del motivo de la demora. Podremos rechazar su solicitud de modificación si no la realiza por escrito o si no incluye un motivo que respalde su solicitud. También podremos rechazar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que: (1) no haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación; (2) no forme parte de la información médica que nosotros conservamos; (3) usted no estaría autorizado a inspeccionarla y copiarla; o (4) sea correcta y completa.

Derecho a un historial de las divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar una “justificación de las divulgaciones”. Esta es una lista de las divulgaciones de su información médica protegida que hayamos hecho, excepto aquellas divulgaciones realizadas con los siguientes fines: (1) tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) en virtud de una autorización válida; y (3) según se establezca de otro modo en las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables. Para obtener esta “justificación de divulgaciones”, debe enviar su solicitud por escrito al Director de Privacidad. Su solicitud debe establecer un plazo, que no podrá ser superar los seis (6) años anteriores a la fecha en la que se solicita la justificación. Su solicitud debe mencionar de qué forma desea recibir la lista (por ejemplo, en forma impresa o electrónica). La primera justificación en cualquier período de doce (12) meses es sin cargo. Las solicitudes adicionales de justificación de divulgaciones podrán derivar en cargos para usted por los costos de proporcionar dicha justificación. Le informaremos el costo pertinente y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de incurrir en los costos. Responderemos a su solicitud de una justificación de las divulgaciones en un plazo de sesenta (60) días desde la recepción de su solicitud por escrito, a menos que se necesite más tiempo para responder, en cuyo caso podremos extender nuestro plazo para la respuesta durante un máximo de treinta (30) días adicionales y proporcionarle una explicación del motivo de la demora.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre su información médica protegida que usemos o divulguemos para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. Si usted ha pagado servicios de su bolsillo, en su totalidad, y solicita que no divulguemos su información médica protegida, en relación únicamente con esos servicios, a su plan de salud, daremos cabida a su solicitud, salvo cuando se requiera una divulgación por ley.

También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información médica protegida que divulgamos a alguna persona que participa en su atención o en el pago de su atención, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, usted podría pedirnos que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido. No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Para solicitar restricciones, puede completar y enviar la Solicitud de restricción sobre el uso/la divulgación de información médica ante el Director de Privacidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones de atención médica de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo a una dirección específicamente identificada. Sin perjuicio de lo anterior, en general nos comunicaremos con usted personalmente, o por carta, correo electrónico, fax o por teléfono.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y enviar la Solicitud de restricción sobre el uso/la divulgación de información médica o comunicaciones confidenciales ante el Director de Privacidad. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Respetaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.



Derecho a una copia impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibirlo en forma electrónica, igual tiene derecho a una copia impresa. Para obtener esa copia, comuníquese con el Director de Privacidad.

Derecho a revocar la autorización. Usted tiene derecho a revocar una autorización para utilizar o divulgar su información médica protegida en cualquier momento, salvo cuando ya se hubiera tomado una medida con respecto a ella.

### CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso, y de aplicar el aviso revisado o modificado a su información médica que ya tengamos en nuestro poder, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Colocaremos un resumen del aviso vigente en el consultorio con su fecha de validez en el ángulo superior derecho. Usted tiene derecho a recibir una copia del aviso que se encuentre actualmente vigente.

### RECLAMOS

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, podrá presentar un reclamo ante nuestro consultorio. También podrá presentar un reclamo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar un reclamo ante nuestro consultorio, comuníquese con el Director de Privacidad a la dirección y el número de teléfono que figuran en la primera página de este aviso. No se le sancionará ni se tomarán represalias en su contra por presentar un reclamo.

### **La información de contacto del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos es:**

The U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 1-877-696-6775

Central California Faculty Medical Group (CCFMG) y University Centers of Excellence cumplen con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.