Estimado padre o madre o tutor:

Bienvenido al Programa escolar de telemedicina. Esta es una asociación entre Mariposa Community Health Center y Santa Cruz Valley Unified School District No. 35. Al llenar el paquete de registro, su estudiante podrá tener acceso a la consulta de telemedicina con un proveedor de Mariposa desde la oficina de salud de la escuela. Con la ayuda del personal de salud de la escuela, un pediatra u otro proveedor de Mariposa llevará a cabo una consulta en tiempo real por video.

¿Cuánto cuesta? Las consultas de telemedicina están cubiertas por la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicaid/AHCCCS. Mariposa cuenta con varias opciones para pacientes que no tienen seguro médico, incluidos los programas de escala de cuotas deslizables. Por favor ingrese la información de su seguro en la página 2 o bien, seleccione la opción de "Sin seguro" y su departamento de elegibilidad se comunicará con usted para proporcionarle información sobre cuáles son sus opciones, incluido el programa de cuotas deslizables.

Si usted desea que su hijo/a participe en el programa, por favor complete y firme las páginas de la 2 a la 5 del paquete adjunto y entréguelas en la oficina de salud de su escuela. Por favor, conserve las páginas 6 a 14, que son solo para proporcionarle información a usted.

Estamos extremadamente orgullosos del Programa escolar de telemedicina y nos entusiasma proporcionar nuestros servicios a los estudiantes de nuestra comunidad. Esperamos colaborar con usted y deseamos a todos que tengan un año escolar muy prometedor.

¡Gracias!

Autorización para la divulgación o revelación de información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ N.° del Seguro Social: _____

Autorización para divulgar y recibir información:
Yo, el suscrito, doy mi consentimiento para revelar información médica.
De: Mariposa Community Health Center, 825 N Grand Avenue, Ste. 100, Nogales, AZ 85621
Fax para información médica: (520) 281-4487
Para:
Nombre: ____Santa Cruz Valley Unified School District_____
Dirección: ___570 Camino Lito Galindo_____
Ciudad: __Rio Rico_____ Estado: __AZ_____ Código postal: __85648_____
Teléfono: _(520) 281-8282_____ Fax: __(520) 281-7093_____

Información que será revelada: **Fechas:** ____Año escolar 2021 a 2022

__X____ Lista de alergias
__X____ Notas del avance
__X____ Resultados de laboratorio
__X____ Informes de radiografías
__X____ Lista de medicamentos
__X____ Registros de vacunas
_____ Lista de problemas
_____ Historia clínica y exámenes físicos más recientes
__X____ Otra: Todos los archivos médicos necesarios para el programa escolar de telemedicina; intercambio de información escuela/clínica.

Cada uno de los siguientes elementos aplicables debe estar fechado e iniciarse antes de su revelación.
Por la presente y, de acuerdo con la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), doy mi consentimiento para revelar los registros relacionados con:
Iniciales y fecha _____ CONDICIONES RELACIONADAS CON EL ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL
Iniciales y fecha _____ CONDICIONES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO/PSICOLÓGICO
Iniciales y fecha _____ SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (AIDS, por sus siglas en inglés) (según se define en la Sección 36-661 de la modificación a las leyes del estado de Arizona "A.R.S.")

Esta información es necesaria para los siguientes propósitos: Intercambio de información entre escuela/clínica.

Derecho de revocar y validez:
A menos que se revoque, esta autorización será válida hasta que se revele la información. Para revocar mi autorización, debo enviar la solicitud por escrito a:
Mariposa Community Health Center, 825 N. Grand Avenue, Ste. 100, Nogales, AZ 85621

Nueva divulgación y tratamiento:
Entiendo que es posible que la información divulgada por esta autorización vuelva a ser divulgada por quien la reciba y que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996. Por la presente, el centro, sus empleados y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior. Entiendo que Mariposa Community Health Center no pondrá como condición el que firme esta autorización para recibir tratamiento y no se me negará el tratamiento si no deseo firmar este formulario de autorización.

Firmando abajo, reconozco que he leído y entiendo esta autorización.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor legal/persona autorizada _____

Relación con el paciente: _____ Fecha _____

Centro Comunitario de la Clínica Mariposa le da la Bienvenida

Gracias por permitirnos ser parte de su cuidado.

Nombre			Fecha de hoy
Fecha de Nacimiento	Idioma de Preferencia English Español	Sexo Masculino Femenino	
Domicilio			
Ciudad	Estado	Código Postal	
APT POSTAL *(Si aplica)*			
Ciudad	Estado	Código Postal	

PHONE NUMBERS ARE VERY IMPORTANT TO US!

Número Telefónico	Número Telefónico
( ) -	( ) -

SEGURO MÉDICO

Nombre de Seguro Médico		Número de Grupo
Número DI	Titular de Póliza	Número Telefónico
Dirección		
¿No tiene Seguro Médico? Favor de Comunicarse conmigo para obtener más información sobre el Plan Mariposa		

Esta sección es para inscribirse a el **PORTAL DEL PACIENTE**

Email: _____ I'm Registered

Farmacia de Preferencia *(Puede seleccionar hasta dos)*

Farmacia Mariposa Farmacia Walmart Farmacia de Rio Rico

Farmacia Walgreens Farmacia Food City Otra _____

MARIPOSA Your COMMUNITY HEALTH CENTER

Como un centro comunitario de salud, tenemos la obligación de pedirle la siguiente información. Los datos que recibimos se exponen en forma colectiva, para fines de recolección solamente. No se asocian nombres de pacientes con los datos expedidos.

Fecha de hoy:_____

(Favor de escribir en letra de molde)
Nombre del Paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

(Si son diferentes)
Nombre del Jefe de familia: _____ Fecha de nacimiento:_____

Vivienda: ¿Alguno de los siguientes casos aplica a Ud.?

- ☐ Viviendo con amigos
- ☐ Viviendo en albergue
- ☐ Viviendo en la calle
- ☐ Viviendo en una Casa Provisional
- ☐ Ninguno

¿Cuantos familiares viven en su hogar?

_____

¿Aproximadamente cuanto es el ingreso anual combinado de todos los que viven en su hogar?

_____

¿Es Ud. Veterano?

- ☐ Si
- ☐ No

¿Cuál es el idioma primario que e habla en casa?

- ☐ Ingles
- ☐ Español
- ☐ Otro: _____

¿Es Ud. Hispano o Latino?

- ☐ Si
- ☐ No

Marque la caja o cajas que describan su raza:

- ☐ Americano Indio / Nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro / Africano-Americano
- ☐ Hawaiano Nativo
- ☐ De otra Isla del Pacifico
- ☐ Blanco

MARIPOSA
Your
COMMUNITY
HEALTH CENTER

Responsabilidad financiera del paciente

Mariposa acepta la mayoría de los planes de seguro comerciales, AHCCCS y Medicare. En la mayoría de los casos, podemos facturarle a su plan de seguro primario y secundario (si corresponde). Le pedimos que presente una tarjeta de seguro válida para cada visita y cualquier otra información que su compañía de seguros pueda requerir, para que podamos presentar su reclamo.

Si está siendo atendido por una lesión o enfermedad cubierta por indemnización por accidente de trabajo, necesitaremos su número de caso y el nombre de la compañía de seguros de indemnización por accidente de trabajo en el momento en que se brinde el servicio.

Usted es responsable del pago de cualquier copago o deducible de su plan en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos con anticipación. Si no tiene seguro, Mariposa ofrece servicios con una tarifa variable basada en los ingresos y el número de integrantes de la familia.

Los pagos pueden realizarse en efectivo, cheque personal o tarjetas Master Card, Visa, Discover y American Express. Los cheques devueltos por fondos insuficientes tienen un cargo de $ 25.00. Para los pacientes con saldos pendientes de más de 90 días, donde no se han hecho arreglos de pago, Mariposa utiliza una agencia de cobranza externa. Usted es el principal responsable de cualquier tarifa cobrada por la agencia de cobranza.

Su firma a continuación reconoce que ha leído, comprendido y aceptado esta política financiera.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal/persona autorizada: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Aviso de: Prácticas de Privacidad, Prácticas de Información de Salud, & Derechos del Paciente Consentimiento Para Tratar

Estimado Paciente,

La nueva Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico requiere que le suministremos nuestras prácticas de privacidad.

Favor de enviarnos por escrito su reconocimiento de haber recibido y revisado las adjuntas notificaciones de Prácticas de Privacidad y Prácticas de Información Médica. Estas notificaciones explican cómo nuestra oficina podrá usar información médica suya, o revelarla para fines de tratamientos, facturación, o funciones de centro de médica.

Ud. podrá pedir que restrinjamos la forma en que utilicemos o revelemos su información de salud para tratamientos, cuentas, u operaciones de atención médica. No estamos obligados a acceder a ninguna petición; sin embargo, si aceptamos alguna petición de restricción, nos obligamos por esa restricción.

El aviso de privacidad está sujeto a cambios, porque estamos en continua búsqueda de nuevas formas de asegurar la protección de su información de salud. Si cambiamos este aviso de privacidad, usted podrá obtener una copia actualizada en la Recepción, o pedirla por escrito a nuestro Oficial de Privacidad en El Centro de Salud Mariposa, 825 N. Grand Avenue, Suite 100, Nogales, AZ 85621.

Por favor, proporcione su consentimiento por escrito para el tratamiento a continuación. Este consentimiento permitirá Mariposa para ver y tratar a su hijo en la escuela, ya sea en persona o a través de la telemedicina, incluso si usted no está presente. También autoriza a la enfermera de la escuela u otro representante para hacer "clic" en el botón en su nombre para iniciar una visita virtual de telemedicina, expresando que son los representantes legales y que aceptan los términos de uso, la política de privacidad y el uso de la telemedicina. Esto nos permitirá procesar pagos y proceder con nuestras operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto donde ya hemos procesado o utilizado la información para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

También se adjuntan sus derechos como pacientes. Reconoce que los has recibido a continuación. En caso de que hay cambios en los derechos de los pacientes, tenga en cuenta que se publicarán en los vestíbulos de todos edificios de Mariposa ye disponible bajo petición en la recepción.

Nuestra meta es proteger su privacidad. Su firma suscrita es un reconocimiento que Ud. ha recibido y revisado los avisos ya descritos, y que consiente al tratamiento.

Atentamente,
Administración Centro Mariposa

Nombre del paciente _____ Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor legal/persona autorizada _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

DERECHOS DEL PACIENTE

Un administrador asegurará:

1. Que se trate al paciente con dignidad, respeto, y consideración;
2. Que el paciente no sea objeto de:
    a. Abuso;
    b. Negligencia;
    c. Explotación;
    d. Coerción;
    e. Manipulación;
    f. Abuso sexual o deshonesto;
    g. Agresión sexual;
    h. Salvo lo dispuesto en R9-10-1012(B), restricción o reclusión;
    i. Represalias por presentar una queja al Departamento u otra entidad; o
    j. Del mal uso de su propiedad personal y privada por un miembro, empleado, voluntario, o estudiante del personal de un centro de tratamiento externo; y
3. Que el paciente, o representante del paciente:
    a. Salvo en una emergencia, rehúse o acepte el tratamiento;
    b. Pueda rehusar o retirar el consentimiento de tratamiento, antes de empezar el tratamiento;
    c. Salvo en una emergencia, sea informado de alternativas de medicamentos o procedimientos quirúrgicos y psicotrópicos, y los asociados riesgos y posibles complicaciones de propuestos medicamentos o procedimientos quirúrgicos y psicotrópicos;
    d. Sea informado de lo siguiente:
        i. La política del centro de tratamiento externo tocante a instrucciones adelantadas de cuidado médico; y
        ii. El procedimiento del paciente para presentar quejas;

e. Consienta a que le tomen fotografías antes de ser fotografiado—excepto que un paciente podrá ser fotografiado al internarse en un centro de tratamiento externo, por razones de identificación y administrativas; y

f. Salvo otras disposiciones de la ley, consienta por escrito a la liberación de información del:

   i. Registro médico del paciente, o

   ii. De los registros financieros del paciente.

El paciente tiene los siguientes derechos:

1. De no ser discriminado por razones de raza, origen nacional, religión, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil, o diagnosis;
2. De recibir tratamientos que afirmen y respeten las elecciones, talentos, y habilidades del paciente:
3. De privacidad en tratamientos y cuidados relativos a necesidades personales;
4. De revisar, previa solicitud escrita, el propio registro médico del paciente, conforme a A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294, y 12-2294.01;
5. De ser referido a otra institución de cuidado médico, cuando el centro de tratamiento externo no estuviere autorizado o competente para proveer los servicios de salud física o mental que el paciente necesitara;
6. De participar personalmente, o por medio de su representante, en el desarrollo del tratamiento, o en decisiones al respecto;
7. De participar, o negarse a participar, en tratamientos investigativos o experimentales; y
8. De recibir asistencia de un pariente, del representante del paciente o de otro individuo, para entender, proteger, o ejercer los derechos del paciente.

Fecha efectiva: 01/29/2016

AVISO DE PRIVACIDAD

Centro Comunitario de Salud Mariposa

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SUYA--MÉDICA, DENTAL Y BEHAVIORAL/MENTAL—SE PODRÁ USAR Y REVELAR. FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

LOS QUE DEBERÁN CUMPLIR CON ESTE AVISO:

Este aviso describe el procedimiento del Centro Comunitario de Salud Mariposa (d.b.a. Mariposa) en cuanto al uso de su información médica y la de:

- Cualquiera de nuestros profesionales médicos autorizados para ingresar datos en su historial médica, dental, o de salud mental/behavioral;
- Todos los departamentos y secciones de Mariposa;
- Cualquier miembro de grupo voluntario o estudiantil al que permitimos que le atienda a Ud. durante su visita en nuestro centro; y
- Todo empleado, contratista, u otro integrante del personal de Mariposa.
- Todos los afiliados, sitios y locales de Mariposa deberán respetar los términos de este aviso. Además, dichos afiliados, sitios y locales podrán compartir información médica entre ellos para los fines de tratamiento, pago o atención médica que se exponen en este aviso.

NUESTRA PROMESA SOBRE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Entendemos que toda información relacionada con Ud. y su salud es personal. La protección de esta información suya es importante. Elaboramos un registro o expediente de la atención y los servicios que Ud. recibe. Necesitamos este registro para proporcionarle atención de alta calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. El presente aviso se aplica a todos los registros y expedientes que se generaron por el cuidado que le dieron en Mariposa, fueran elaborados por profesionales médicos o por otros empleados.

Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y revelar información médica personal suya. La revelación, según convenga, se podrá hacer por medio de la comunicación oral, la presentación electrónica, por registro impreso, o por fax. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones nuestras con respecto al uso y liberación de información médica. La ley nos obliga a:

- Mantener privada la información médica personal;
- Entregarle a Ud. este aviso sobre nuestros deberes legales y normas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Seguir los términos del aviso que hoy está vigente.

LAS MANERAS EN QUE PODREMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Siguen ejemplos de los varios usos y revelaciones que se permiten respecto a su información médica. Estos ejemplos no cubren todos los casos, sino que describen los usos y revelaciones que se podrán hace por conducto de nuestra oficina cuando Ud. haya dado su consentimiento.

I. **Usos y revelaciones de información médica protegida**

a. **Para tratamientos** – La información obtenida por una enfermera, proveedor, u otro miembro de su equipo médico será incorporada a su registro médico, y será usada para determinar los tratamientos que funcionen mejor para Ud. Es posible que revelemos su información médica a otros que vayan a necesitar esta información para poder atenderle, como otro proveedor de Mariposa, enfermeras prácticas, farmaceutas, y otros que participen en su cuidado. También es posible que revelemos su información médica protegida a otro proveedor de servicios médicos (p.ej., un especialista o laboratorio) el cual, a petición de su proveedor de Mariposa, llegue a participar en su caso al ayudarnos con el diagnosis o tratamiento médico.

b. **Para cobros** – Es posible que usemos y revelemos su información médica protegida en relación con facturas y cobranzas. Por ejemplo, puede ser necesario divulgar información al seguro médico de Ud., o tercero pagador, en relación con algún tratamiento o servicio que haya ordenado su proveedor médico a fin de obtener previa aprobación o averiguar si el plan suyo cubre el tratamiento o servicio.

c. **Para la operación de nuestra empresa** – Según fuera necesario, podríamos usar o revelar, su información médica personal para apoyar nuestras actividades comerciales. Entre estas actividades se incluyen, en sentido no limitativo, evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes médicos, y conducta y desarrollo de otras situaciones comerciales. Otros ejemplos de operaciones de empresa médica pudieran incluir:

- El uso de una hoja de registro en la recepción
- El sistema de anunciar su nombre en la sala de espera para indicar que pase con el doctor

- Posibles recordatorios telefónicos para citas

Compartiremos su información con "afiliados comerciales" de tercera parte quienes realicen varias actividades para Mariposa. Cuando un arreglo entre nuestra oficina y un afiliado comercial requiere el uso o revelación de su información, tenemos un contrato que contiene términos que protegen la privacidad de la información médica que compartimos. Algunos ejemplos de nuestros asociados comerciales incluyen servicios de interpretación de rayos X, estudios de laboratorio por contrato, servicios de fotocopia de registros, e instalaciones de almacenaje de registros.

II. **Otros usos y revelaciones permitidos que se harán previo su consentimiento, autorización, u oportunidad de negarse**

Es posible que usemos y revelemos su información médica personal en los siguientes casos—en los que Ud. tiene la oportunidad de aceptar u oponerse en cuanto al uso o revelación total o parcial de su información médica.

Los que participan en su cuidado, o en el pago de su atención – Siempre y cuando Ud. no se oponga de antemano, es posible que divulguemos su información médica protegida a algún amigo o pariente que participe en su cuidado médico. Si Ud. no es capaz de aceptar o negarse con respecto a este tipo de revelación, podremos revelar la información que sea necesaria si determinamos, a nuestro juicio profesional, que es para el mayor beneficio suyo. También es posible que entreguemos información a alguna persona que ayude en el pago de su cuidado médico. Podríamos, incluso, librar información médica personal suya a una entidad autorizada que preste servicios de alivio a víctimas de desastres.

Posiblemente permitamos a parientes o amigos que recojan en su nombre recetas renovadas, provisiones médicas, rayos X y formas parecidas de información personal, cuando confirmamos que, a nuestro juicio profesional, que es para el mayor beneficio suyo revelar esa información.

Emergencias – Hay la posibilidad que usemos o revelemos su información médica protegida en una situación de emergencia, en la que Ud. no pueda dar su consentimiento antes del tratamiento. Si esto pasa, trataremos de obtener su consentimiento, tan pronto como sea buenamente factible. Si la ley nos obliga a darle tratamiento y no podemos obtener su consentimiento, aún es posible que usemos o revelemos su información médica protegida para poder darle tratamiento.

Alternativas de tratamiento – Posiblemente usemos o revelemos su información médica personal, según sea necesario, para proporcionarle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relativos a la salud que le podrían interesar. También es posible que le mandemos informes sobre productos o servicios que, en nuestra opinión, le podrían ser beneficiosos; pero Ud. podrá comunicarse con nuestra Oficina de Privacidad para pedir que no se le manden dichos materiales.

Estrategias de comercialización y recaudación de fondos – Tal vez se usen o revelen sus datos demográficos para comunicarle algún proyecto de *marketing* (comercialización) o de recaudación de fondos patrocinado por nuestra clínica. (Por ejemplo, podríamos usar su nombre y dirección para mandarle un boletín sobre nuestra compañía y los servicios que ofrecemos.) Si Ud. no desea recibir los materiales, háganos el favor de comunicarse con nuestra Oficina de Privacidad para pedirles que no le envíen esos materiales.

III. **Otros usos y revelaciones, permitidos y obligatorios, que se pueden hacer sin su consentimiento, autorización, o la oportunidad de negarse**

Conforme al derecho - Revelaremos su información personal de salud cuando nos lo obligan las leyes federales, estatales o locales.

Investigación – Es posible que revelemos su información médica personal a investigadores cuyos estudios hayan sido aprobados por una junta de revisión institucional que haya revisado dicho proyecto, fijando protocolos para asegurar la privacidad de su información personal de salud. Por ejemplo, podríamos conducir un proyecto investigativo basado en la revisión de historiales médicos de todos los pacientes que padecen de tipos específicos de condiciones médicas.

Riesgos para la salud pública – Podremos revelar su información médica personal, cuando se trata de inquietudes sobre la salud pública, incluyendo:

- La prevención o control de enfermedades, lesiones o incapacitación
- Informes de muertes
- Informes sobre el abuso o negligencia de menores
- Para anunciar reacciones a medicamentos o problemas con productos
- Para informar a la gente sobre retiros de los productos que estén usando
- Para advertir a alguien que se haya expuesto a alguna enfermedad o que pueda estar en peligro de contraer o contagiar alguna enfermedad o condición
- Para notificar a la autoridad adecuada cuando creemos que un paciente ha sido la víctima de abuso, negligencia o violencia familiar

Compensación de obreros - Podremos revelar su información médica personal al programa de Compensación del Trabajador, u otros programas parecidos. Estos programas prestan beneficios en casos de lesiones o enfermedades relacionadas al empleo.

Forenses, directores de funerarias y donación de órganos – Posiblemente revelemos su información médica personal a un médico forense o examinador médico para ayudar a identificar a difuntos o determinar causas de muerte. Podremos revelar su información personal de salud a un director de funeraria, según convenga, para que realice su encargo. Si Ud. es un donante de órganos, tal vez liberemos su información médica personal a agencias de adquisición de órganos u otras entidades que se ocupen de obtener, almacenar, o recoger órganos con el fin de la donación y trasplante de tejidos.

Servicio militar y veteranos – Si Ud. es un miembro de las fuerzas armadas, podremos revelar su información médica personal conforme a los requisitos de las autoridades militares.

Supervisión de la salud – Podríamos revelar su información médica a una agencia de supervisión médica para fines autorizados por la ley. La supervisión podrá incluir: auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciatura. Estas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el sistema médico, los programas gubernamentales, y el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.

Procedimientos legales – Es posible que revelemos su información médica personal para responder a un comparendo o citación, petición de exhibición, u otra orden legítima de un juez o tribunal administrativo (en la medida que tal revelación sea expresamente autorizada).

Agencias policiacas – Podremos liberar su información médica personal a petición de un oficial del orden público, como parte de sus actividades policivas; en investigaciones de conducta delictiva o de víctimas de crímenes; para responder a órdenes judiciales; en circunstancias de emergencia; o cuandoquiera que sea requerido por la ley.

Reclusos - Podremos usar o revelar su información médica personal si está preso en una institución penal, y el proveedor médico elaboró o recibió su registro médico personal mientras le prestaba cuidado.

Servicios protegidos para el Presidente; y por razones de Seguridad Nacional e Inteligencia – Es posible que revelemos su información personal a oficiales federales autorizados para que éstos puedan proporcionar amparo al Presidente, a otras personas o jefes de estado extranjeros, o realizar investigaciones especiales; o por razones de inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional, conforme a la ley.

IV. <u>El uso y revelación de información médica previa autorización escrita suya</u>

Los usos y revelaciones de su información médica personal que no se cubran en este aviso, o por las leyes aplicables al uso, sólo se harán previo consentimiento suyo. Si Ud. nos concede permiso para usar o revelar su información personal de salud, podrá revocar tal autorización, por escrito, en cualquier momento. Después de revocar su permiso, ya no usaremos ni revelaremos su información médica personal por las razones expuestas en la autorización escrita. Ud. debe entender que no podemos retractar las revelaciones una vez que se hayan hecho con el permiso suyo; y que estamos obligados a llevar registros sobre la atención que le prestamos.

<u>SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SUYA</u>

Aunque su registro médico sea la propiedad física del Centro Comunitario de Salud Mariposa, Ud. es el dueño de la información; y Ud. tiene los siguientes derechos en lo tocante a la información médica suya que mantenemos.

- **El derecho de inspeccionar y copiar** – Ud. tiene el derecho de inspeccionar y sacar copias de toda información que se utilice para tomar decisiones que afecten su atención médica. Normalmente, esto incluye registros de datos médico-dentales, recetas, y facturas; pero no incluye apuntes de psicoterapia. Para poder inspeccionar y obtener una copia de cualquier información médica que se utilice para tomar decisiones que le afecten, Ud. debe presentar una petición escrita en nuestro Departamento de Información Médica. Si Ud. solicita una copia de esa información, es posible que le cobremos una cuota por las copias y el envío postal, o por otros materiales relacionados con su petición.

  Es posible que rechacemos su petición de inspeccionar y obtener copias bajo ciertas circunstancias muy limitadas. Si le rehúsan acceso a información médica, Ud. puede pedir que se haga una revisión del rehúso. Otro profesional licenciado, elegido por Mariposa, revisará su petición y el rechazo. La persona que conduce la revisión no será la misma persona que le negó la petición. Haremos cumplir el resultado de la revisión.

- **Derecho a enmendar** – Si Ud. cree que la información suya que tenemos es incorrecta o incompleta, podrá pedir que corrijamos la información. Le corresponde el derecho de pedir una enmienda, siempre y cuando esa información guarde.

  Para pedir una enmienda, la solicitud debe presentarse en forma escrita con nuestro Oficial de Privacidad. Además, Ud. debe ofrecer razones que acrediten la petición.

  Es posible que rechacemos su petición de enmienda si ésta no se presenta por escrito o no incluye razones que sostengan la solicitud. Además, podremos denegar su petición si nos pide que enmendemos información que:

- Nosotros no elaboramos;
- No forma parte de la información médica que mantiene Mariposa;
- No forma parte de la información que le corresponde inspeccionar o copiar;
- Si está correcta y completa.

• **Derecho a una "contabilidad de revelaciones"** – Ud. tiene el derecho de pedir una verificación de revelaciones. Se trata de una lista de las revelaciones de su información que hemos hecho.

Para solicitar esta lista o contabilidad de revelaciones, Ud. debe presentar su petición por escrito con nuestro Oficial de Privacidad. La petición debe especificar un período de tiempo, el cual no podrá exceder a seis años ni podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que pida dentro de un período de 12 meses será gratis. Por listas adicionales, podremos cobrar los costos asociados a la provisión de la lista. Le avisaremos de los costos; y Ud. podrá optar por retirar o modificar su petición en ese momento, antes de incurrir en costos.

• **Derecho a pedir restricciones** – Ud. tiene el derecho de pedir una restricción o límite de la información médica personal suya que usemos o revelemos en lo referente a tratamientos, pagos, o procedimientos médicos. También tiene derecho a solicitar un límite de la información médica personal que compartimos con alguien que participe en su cuidado o el pago de su cuidado, como un pariente o amigo. No estamos obligados a aceptar su petición. En tal caso que aceptemos, cumpliremos con su petición—a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento médico de emergencia. Para pedir restricciones, Ud. debe presentar su solicitud por escrito con nuestro Oficial de Privacidad, en el domicilio suscrito. En su petición, debe informarnos:

- Qué información Ud. quiere que se limite;
- Si quiere limitar nuestro uso de la información, la revelación a partes externas, o los dos; y
- A quién quiere que se apliquen dichos límites.

• **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales** – Ud. tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con Ud. por asuntos médicos de cierta manera o en cierto local. Por ejemplo, Ud. puede pedir que nos comuniquemos con Ud. solamente en su trabajo, o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, Ud. debe presentar la solicitud por escrito con nuestro Oficial de Privacidad. No le pediremos la razón por su petición. Trataremos de satisfacer toda petición razonable. Su petición deberá concretar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con Ud.

• **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso** – Ud. tiene, en todo momento, derecho a una copia impresa de este aviso. Podrá solicitar una copia de nuestro más reciente aviso de privacidad a la Oficina de Inscripción o al Oficial de Privacidad.

CAMBIOS AL AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Y nos reservamos el derecho de hacerlo efectivo, en la forma revisada o modificada, para la información médica suya que ya tenemos, así como para la información que recibamos después. Publicaremos una copia del aviso actual. Dicho aviso llevará la fecha efectiva en la esquina superior derecha de la primera página.

QUEJAS

Si Ud. cree que se han violado sus derechos a la privacidad, podrá presentar una queja con el Centro Mariposa o con la Secretaría de Salubridad y Servicios Humanos, al llamar gratis al 1-877-969-6775. Para presentar una queja con Mariposa, Ud. debe comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad en el domicilio y teléfono suscritos. Toda queja debe presentarse por escrito. Ud. no será castigado por la presentación de quejas.

PERSONA DE CONTACTO

Favor de dirigir cualquier pregunta sobre este aviso al:
Oficial de Privacidad
Centro Comunitario de Salud Mariposa
1852 N Mastick Way
Nogales, Arizona 85621
520-281-1550

MARIPOSA Your COMMUNITY HEALTH CENTER

healthcurrent

Notificación de Prácticas de la Información de la Salud

Usted está recibiendo esta notificación porque su proveedor de salud médica participa en una organización no gubernamental, sin fines de lucro, de intercambio de información de salud (HIE - por sus siglas en inglés) llamada Health Current. No le costará nada y podrá ayudar a su médico, proveedores de salud médica y sus planes de salud mejor coordinar su atención médica compartiendo de una manera segura su información de salud. Esta notificación explica cómo funciona el HIE y le ayudará a entender sus derechos respecto al HIE conforme las leyes estatales y federales.

De qué manera Health Current le ayuda a obtener mejor cuidado?
En un sistema de registro basados en papel, su información médica se envía por correo o fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si usted permite que su información de salud sea compartida mediante el HIE, sus médicos podrán acceder a su información electrónicamente de una manera segura y oportuna.

Qué información de salud está disponible mediante Health Current?

El siguiente tipo de información de salud se podrá disponer:

- Registros hospitalarios
- Registros hospitalarios
- Medicamentos
- Allergias
- Resultados de laboratorio
- Informes radiologicos
- Información de las consultas clínicas y médicas
- Inscripción y elegibilidad en los planes de salud
- Otra información útil para su tratamiento

Quién podrá ver y cuándo se podrá compartir su información de salud mediante Health Current?

Las personas que participan en su atención médica tendrán acceso a su información médica. Esto podría incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de salud médica, planes de salud y cualquier organización o persona trabajando en nombre de sus proveedores de salud y plan de salud. Ellos podrán acceder a su información para tratamiento, coordinación del cuidado, administración de casos o cuidados, transición de la planificación del cuidado, pagos de su tratamiento, conducir evaluaciones de calidad y actividades de mejora, desarrollar normas y protocolos clínicos, ejercer actividades de seguridad de los pacientes, y servicios de salud poblacional. Los examinadores médicos, las autoridades de salud pública, organizaciones de adquisicion de organos, y otros podran acceder la información de salud para ciertos fines aprobados, tales como investigaciones de muerte, investigaciones de salud pública, y la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos según sea permitido por las leyes vigentes.

Health Current también podrá usar su información de salud según lo requiere la ley como sea necesario para llevar a cabo los servicios para los proveedores de salud, planes de salud y otras personas participando con Health Current.

La Junta Directiva de Health Current podrá ampliar las razones por las que los proveedores de salud y otros podrán acceder a su información de salud en el futuro mientras lo permita la ley. Esa información está en el sitio web de Health Current healthcurrent.org/permitted-use.

Usted podra autorizar a otros acceder a su información de salud mediante la firma de un formulario de autorización. Ellos sólo podrán acceder a la información de salud descrita en la forma de autorización para los fines indicados en el formulario.

Recibe Health Current información de la salud conductual y si es así, ¿Quién la puede acceder?
Health Current recibe información de la salud conductual, incluyendo los registros médicos de tratamiento de abuso de sustancias. La ley federal otorga protección especial de confidencialidad a los registros médicos de tratamiento para algunos programas de abuso de sustancias. Health Current mantiene los registros médicos protegidos del tratamiento de abuso de sustancias aparte del resto de su información de salud. Health Current solamente compartirá los registros médicos protegidos de tratamiento de abuso de sustancias que reciba de estos programas en dos casos. Uno, el personal médico podrá acceder a esta información en caso de una emergencia médica. Dos, usted podrá firmar un formulario de consentimiento para dar a su proveedor de salud médica u otros acceso a esta información.

MARIPOSA Your COMMUNITY HEALTH CENTER

PATIENT LABEL
MCHC USE ONLY

Cómo se protege su información de salud?

Las leyes federales y estatales, tales como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información de salud. Se comparte la información mediante una transmisión segura. Health Current toma medidas de seguridad para evitar que alguien no autorizado tendrá acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

Sus derechos respecto al Intercambio Seguro de Información Electrónica

Usted tiene el derecho a:

1. Pedir una copia de su información de salud que está disponible mediante Health Current. Para hacer esta petition, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica.
2. Pedir corregir toda información en el HIE. Si alguna información en el HIE esta incorrecta, usted puede pedirle a su proveedor de salud médica que corrija la información.
3. Pedir una lista de las personas que han visto a su información mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica. Favor de notificar a su proveedor de salud médica si usted cree que alguien que no debería ha visto a su información.

Usted tiene derecho según el artículo 27, sección 2 por la Constitución de Arizona y los Estatutos Revisados de Arizona título 36, sección 3802 para prevenir que su información médica sea compartida electrónicamente mediante Health Current:

1. Salvo que se provea según leyes estatales o federales, usted puede optar por la exclusión de tener su información compartida mediante Health Current. Para excluir su participación, pídale a su proveedor de salud médica por el formulario para optar por la exclusión. Su información no estará disponible para compartir mediante Health Current dentro de los treinta (30) días de cuando Health Current reciba el formulario para optar por la exclusión de su proveedor médico. **Precaución:** Si usted se excluye, sus proveedores de salud médica no podrán acceder a su información de salud — incluso en una emergencia.
2. Si usted se excluye hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando el formulario para la inclusión y entregarlo a su proveedor de salud médica
3. Si usted no hace nada hoy y permite que su información de salud sea compartida mediante Health Current, usted puede optar por la exclusión en el futuro.

USTED NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA DE MANERA SEGURA MEDIANTE HEALTH CURRENT.

Notificación de Prácticas de la Información de la Salud

"Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en "Health Current", el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés). Entiendo que mi información de salud puede ser compartida de forma segura a través del HIE, a menos que complete y regrese una Forma (Opt-Out) sobre la opción de no participar del paciente a mi proveedor de salud."

Su firma en esta forma reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Información de Salud relacionadas al Intercambio de Información de Salud Conocido como "Health Current."

Firma del Paciente o padre / tutor legal del paciente menor

Fecha