



## Oakland Integrated Healthcare Network Patient Intake Form

*Gracias por elegirnos. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención médica, llene este formulario completamente en tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregúntenos y estaremos encantados de ayudarle.*

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (por favor llene en lápiz azul o negro)					
Fecha de Hoy		Apellido		Nombre	
Fecha De Nacimiento		Numero de Seguro Social		-	-
Dirección				Apartamento #	
Dirección de envío					
Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono móvil	
Nombre de los padres o guardián			Relación		
¿Podemos enviarle un mensaje de texto con recordatorios de citas o información sobre su atención médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>* Es posible que se apliquen cargos por datos estándar y tarifas de mensajes de texto basados en su proveedor de telefonía móvil.</small>					
Correo electrónico para uso en el portal de pacientes			Correo electrónico		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Está bien enviar información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Género al nacer	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Corriente género	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hombre Transgénero (Mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero (Hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Elijo no describir	
Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Derecho/ Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay	<input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Eligio no divulgar <input type="checkbox"/> No lo sé		
Raza (Por favor marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática ----- Si es si, por favor marque: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japón <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiana / Otros Pacifica Islandés ---- En caso afirmativo, compruebe el origen: <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Guamango o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros Pacifica Islandés <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Refuse to report				
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino ---- En caso afirmativo, compruebe el origen: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> No latino/hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Me niego a informar				
Idioma con el que te sientes más cómodo	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifica) _____				
Estado matrimonial	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo				

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

<p>Por favor, cuéntenos sobre su situación de vida: Toda la información es confidencial.</p>	<input type="checkbox"/> Yo/soy dueño/ o alquilo casa / apartamento <input type="checkbox"/> Yo/hemos estado sin hogar en el último año y tenemos vivienda ahora (Transicional) <input type="checkbox"/> Vivo con amigos/familiares porque no tengo otra opción <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio (Vivienda de corto plazo como HOPE, SOS, Haven, etc.) <input type="checkbox"/> Quedarme en una instalación de tratamiento in a (Transicional) <input type="checkbox"/> Vivir en la calle, al aire libre, o en un carro / Casa Movil / campista (calle) <input type="checkbox"/> Vivir en algún lugar no destinado a ser un hogar - sin agua corriente o calefacion (Otros desamparados) <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Ha estado sin hogar en cualquier momento en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ ¿Le preocupa perder su vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Situación Militar	<input type="checkbox"/> Servicio militares activas <input type="checkbox"/> Jubilado Militar <input type="checkbox"/> Veterano		
Employment Status	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante, a qué escuela asistes? _____ <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo		
Estado de Empleo		Ocupación	
Si se emplea en agricultura:	<input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Empleado todo el año		
Farmacia Preferida	Nombre de Farmacia: _____ Dirección de Farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____		
Directiva avanzada	¿Tiene actualmente una Directiva Avanzada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, ¿desea más información al respecto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Recibe los servicios de cualquiera de las siguientes agencias?	<input type="checkbox"/> Community Network Services (CNS) <input type="checkbox"/> Training and Treatment Innovations (TTI) <input type="checkbox"/> Easter Seals (ES) <input type="checkbox"/> Community Living Services (CLS) <input type="checkbox"/> Oakland Family Services (OFS) <input type="checkbox"/> Community Housing Network (CHN) <input type="checkbox"/> Common Ground <input type="checkbox"/> Macomb Oakland Regional Center (MORC) <input type="checkbox"/> Ninguno		
Por favor tellus cómo escuchó sobre OIHN? _____			
<p>OIHN se dedica a asegurar que tenga acceso a nuestros servicios y nuestro personal está disponible para ayudarle a determinar si usted es elegible para una variedad de opciones de cobertura de beneficios de salud. A nadie se le niega el cuidado debido a la imposibilidad de pagar. Estas opciones pueden incluir la habilidad de pagar basada en descuentos por descuentos, servicios especiales otorgados o cobertura de atención médica financiada con fondos públicos. En muchos casos, nuestro personal puede ayudar a los pacientes calificados con el proceso de inscripción o evaluación. OIHN ofrece tarifas con descuentos para pacientes calificados que pueden no poder pagar la tarifa completa por servicios. Como organización sin fines de lucro, recibimos fondos de fuentes locales, estatales, federales y de donaciones y estamos obligados a recopilar información financiera de nuestros pacientes para seguir recibiendo esta financiación. Toda la información permanecerá confidencial. Al negarse a proporcionar la información financiera solicitada, no podrá recibir asistencia financiera para su atención.</p>			
¿Cuál es el ingreso total de su hogar? (Esto es confidencial y sólo se notifica de forma anónima) <input type="checkbox"/> 0 - \$10,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 - \$40,000 <input type="checkbox"/> \$10,001 - \$20,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 - \$50,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 - \$30,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 or more		¿Cuántos miembros de la familia viven en su hogar? _____	
<input type="checkbox"/> Elegí no responder a las preguntas anteriores sobre los ingresos de mi hogar y los individuos en el hogar.			

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre			Relación	
Número de casa		Teléfono móvil		Estado/Ciudad
PROVEEDOR DE SALUD				
¿Tiene usted un proveedor de atención médica anterior?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo:	
¿Tiene usted un dentista?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo:	
SEGURO PRIMARIO (Se le pedirá que muestre su tarjeta en la cita)				
Nombre del titular de la póliza _____				
Nombre de la compañía de seguro _____ Fecha inicial de la política _____				
Número de política/identificación _____ Número de grupo/plan _____				
Dirección de reclamo _____				
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____				
SEGURO SECUNDARIO – si es apropiado (Se le pedirá que muestre su tarjeta en la cita)				
Nombre del titular de la póliza _____				
Nombre de la compañía de seguro _____ Fecha inicial de la política _____				
Número de política/identificación _____ Número de grupo/plan _____				
Dirección de reclamo _____				
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____				
<b>SÓLO PARA USO DE OFICINA</b>	<i>Fecha ingresada</i>		<i>Iniciales del personal</i>	

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DE LA SALUD**

¿Alguna vez ha sido hospitalizado, excepto para la cirugía?

Sí  No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación

Motivo de la hospitalización

Fecha

\_\_\_\_\_

¿Has estado en la sala de emergencias en los últimos 12 meses?

Sí  No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación

Motivo de la visita a la sala de emergencias

Fecha

\_\_\_\_\_

Cirugías pasadas

Problemas / Condiciones / Enfermedades

Fecha

\_\_\_\_\_

Por favor, liste todos los médicos que ha visto en los últimos 12 meses:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, liste todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo: recetas, sin receta, y medicamentos herbales / holísticos. Por favor, indique la dosis y la cantidad. (Si necesita más espacio, utilice el reverso de esta hoja)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tienes alguna alergia? (Alimentos, medicamentos o alergias ambientales)

Sí  No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación

Alergia

Reacción

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene usted o algún familiar de sangre: (Por favor escriba quién fue diagnosticado, es decir, hermano, hermana, tía, tío, hijos)

	Mí mismo	Relativo(especificar)		Mí mismo	Relativo (especificar)
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Uso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Cáncer colorectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Pólipos rectales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____			

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor circule (S) Sí o (N) No:**

Toma bebidas con cafeína?	S / N
¿Hace ejercicio regularmente?	S / N
Orinas a menudo?	S / N
¿Siente que esta sobrepeso o peso insuficiente	S / N
¿Ha tenido un examen físico en el	
¿el año pasado?	S / N
¿Ha recibido una vacuna contra la gripe?	
los últimos 12 meses?	S / N
¿Alguna vez ha tenido positiva en la prueba	
Tuberculosis (TB)?	S / N
¿Ve al dentista por lo menos	
¿una vez al año?	S / N
¿Tiene transporte confiable?	S / N

¿Tiene problemas para comprar o	
Cómo obtener sus medicamentos?	S / N
¿Tiene dificultad / dificultad con las actividades diarias?	S / N
¿Te sientes seguro en casa?	S / N
¿Alguna vez has usado tabaco?	S / N
¿Actualmente usa tabaco?	S / N
En caso afirmativo, ¿durante cuánto _____ años?	
¿Usas drogas? (Marihuana, cocaína, heroína, etc.)	S / N
¿Consumes alcohol?	S / N
En caso afirmativo, ¿cuántas veces por	
semana? _____	

**PARA MUJERES**

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una anomalía  
¿Prueba de Papanicolaou? S / N

La última fecha de Mamografía: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una anomalía  
del mamograma S / N

¿Revisa sus senos mensualmente? S / N

Si tiene más de 50 años de edad,  
Ha tenido estudios para el cáncer de colon? S / N

¿La prueba fue anormal? S / N

Enumere los países que ha visitado en el último año: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud o antecedentes médicos?

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación?

\_\_\_\_\_

Esta información es confidencial. Este formulario forma parte del expediente médico. Si tiene dificultades para completarlo o tiene más comentarios, un miembro del personal puede ayudarle.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente doy mi consentimiento a todo el tratamiento, incluyendo los exámenes, procedimientos y medicamentos que el personal clínico de Oakland Integrated Healthcare Network (OIHN) considere necesario. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para mi cuidado continuo o para procesar cualquier reclamo de seguro relacionado con mi cuidado. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo en el momento del servicio o al recibir la declaración. Autorizo a los auditores externos a ver mi información privada de salud como parte del proceso de evaluación y mejora de la calidad de OIHN.

Firma del tutor legal o del paciente		Fecha	
Nombre del paciente (por favor escriba)			
Nombre del tutor legal (por favor escriba en letra de imprenta)			

### Tenga en cuenta lo siguiente con respecto al tratamiento

El personal de OIHN dependerá de las declaraciones hechas por el paciente, la información proporcionada en la historia médica del paciente y otra información disponible para evaluar la condición del paciente y decidir sobre el mejor tratamiento.

Algunos servicios en OIHN pueden proveerse con equipo de telemedicina e involucrar la interacción con proveedores que no están físicamente en la clínica para su cita. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras y dedicadas de alta velocidad y no son: grabadas en vídeo, enrutadas a través de Internet o guardadas de ninguna manera. Sin embargo, la información relevante de su visita será documentada en sus registros médicos, tal como lo sería si el proveedor hubiera estado físicamente presente.

Sus proveedores de atención médica discutirán con usted los beneficios y riesgos del tratamiento. Si no está claro sobre su tratamiento o la protección de sus registros, no dude en hacer preguntas en cualquier momento.

**Consiento que OIHN provea y reciba todos y cada uno de los servicios disponibles a través de la plataforma de telemedicina de OIHN. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento informando a OIHN por escrito.**

Firma del tutor legal o del paciente \_\_\_\_\_

Si firma en nombre de otra persona, la relación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Acuerdo de permiso de confidencialidad

Le doy a la (s) persona (s) enumerada (s) abajo acceso a toda mi Información Personal de Salud (PHI). También autorizo a OIHN a hablar de mi PHI completo a la (s) persona (s) que se enumeran a continuación.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Doy permiso al individuo que aparece a continuación para llevar a mis hijos a sus citas médicas y recoger medicamentos de la farmacia.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_



# NUESTRA NOTA DE ENTENDER

Gracias por elegir nuestra práctica médica como su base para su asistencia médica. Apreciamos la confianza que usted ha puesto en nosotros. Nuestra meta es proveer a usted el cuidado medical completo, continuo y personal.

Para que esta meta sea posible, es importante que cada uno de nosotros pongamos de acuerdo a cumplir con ciertas responsabilidades.

## Responsabilidades del médico:

- Escuchar a usted en cuanto a sus asuntos del cuidado médico, y anime una cultura de comunicación abierta, franca y completa.
- Proporcionar los consejos y la información con respecto a los diversos planes del tratamiento para las condiciones crónicas o para los programas de prevención.
- Cuando sea posible, proporcione a usted, las opciones convenientes incluyendo el acceso electrónico para las comunicaciones no urgentes para arreglarlas visitas en la oficina y las visitas siguientes para averiguar de su condición, y para obtener las referencias y los resultados de las pruebas.
- Proporcionar las horas de oficina flexibles y ampliadas, programar las citas dentro de un tiempo razonable, y vea al paciente tan pronto posible.
- Proporcionar para usted la disponibilidad telefónica del médico para las comunicaciones urgentes 24 horas por día, y 7 días por semana.
- Proporcionar las opciones convenientes empleando la metodología corriente para las comunicaciones no-urgentes entre el paciente y el médico, incluyendo ayuda post-hospital, las visitas de revisión y las consultaciones.
- Utilizar equipos para proveer el cuidado medical para proporcionar el acceso a otras clínicas e instituciones del cuidado de la salud cuando sea apropiado.
- Coordinar e integrar el cuidado proporcionado por mi equipo de la práctica y otras clínicas e instituciones del cuidado médico con eficaz para evitar la duplicación del tratamiento, las demoras, y errores.
- Comunicar a usted todos los resultados de las pruebas y tratamientos puntualmente y correctamente.
- Proporcionar información, recomendaciones y consejos con respecto al cuidado de prevención de enfermedades e instrucciones en como mantener la salud.
- Enviar advertencias de la necesidad de las visitas de revisión y el cuidado preventivo.
- Mantener la información medical en un formato que permita la búsqueda fácil, la recuperación y la transmisión de la información, a una vea protegiendo la confidencialidad; incluso participando en el desarrollo y mantenimiento de los informes electrónicas de la salud y también los registros de pacientes.
- Educar al personal médico que está basado en la casa de todas las responsabilidades que están descritas arriba.

## Responsabilidades de los pacientes:

- Comunicar en una manera abierta, completamente franca y pro-activamente con el personal del médico y con el médico.
- ¡Qué sea un participante activo en el desarrollo con el médico de los planes de acción y de los planes del tratamiento para la condición aguda o crónica del paciente, y qué siga los planes del tratamiento.
- Proveer al médico la información con respecto al plan del tratamiento del paciente.
- Presentarse en la hora para las citas, los procedimientos y otras pruebas médicas en la oficina del médico, y entregar los materiales, ejemplos y la información pedido por el medico
- Arreglar y atender las citas de revisión en los intervalos sugeridos por el médico.
- Implicarse en los planes y las recomendaciones del médico y de los otros profesionales del cuidado de la salud con respecto al mantenimiento o a la mejoramiento de la salud del paciente.
- Participar en planificar las acciones y las metas con respecto al mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente o el bien estar del paciente.
  - Participar en el desarrollo y mantenimiento comprensivo de los expedientes de la salud por autorizar y circular la información clínica entre los profesionales de la salud y las instituciones.
  - El paciente puede optar salir de este acuerdo en cualquier momento sin ninguna repercusión.

---

Nombre del paciente

---

Fecha



ACUSE DE RECIBO  
Y CONSENTIMIENTO PARA EL USO  
Y REVELACION DE INFORMACION  
PROTEGIDA DE SALUD

Oakland Integrated Healthcare Network puede utilizar y divulgar su información protegida de salud (PHI) para llevar a cabo Tratamiento, Pago y Operaciones Administrativas (TPO). Favor de referirse al Aviso de Prácticas Privadas de Oakland Integrated Healthcare Network para una descripción más completa de estos usos y revelaciones.

He recibido una copia y entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas Privadas antes de firmar esta autorización.

Oakland Integrated Healthcare Network observa el derecho de modificar su Aviso de Practicas Privadas en cualquier momento. El Aviso de Practicas Privadas modificado se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito a Oakland Integrated Healthcare Network a 461 W. Huron, Pontiac, MI 48341-1601.

Con mi consentimiento, Oakland Integrated Healthcare Network puede llamar a mi casa o a otro lugar designado y dejar mensaje en el correo de voz o con otra persona en referencia a cualquier elemento que apoye para llevar a cabo el TPO, tales como recordatorios de citas, cuestiones del seguro, y cualquier llamada referente a mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio entre otros.

Oakland Integrated Healthcare Network puede enviar por correo a mi casa o a otro lugar designado cualquier elemento que apoye para llevar a cabo el TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuenta del paciente siempre y cuando estén marcadas como "Personal y Confidencial".

Oakland Integrated Healthcare Network puede enviarme por correo electrónico recordatorios de citas y estados de cuenta del paciente. Tengo el derecho de solicitar que Oakland Integrated Healthcare Network limite la forma de usar o divulgar mi PHI para apoyar a la práctica del TPO. Sin embargo, el centro no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Al firmar esta forma, estoy autorizando a Oakland Integrated Healthcare Network el uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo el TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito en la medida en que en la práctica ya se hayan hecho revelaciones en relación con la previa autorización. Si yo firmo la autorización Oakland Integrated Healthcare Network podría negarse a proporcionarme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal del Paciente (si aplica)

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

A partir de Enero 16, 2012, se deberá ofrecer a todos los pacientes una copia del Aviso de Practicas Privadas de Oakland Integrated Healthcare Network. El paciente lo autoriza mediante la firma de arriba. Esta forma deberá colocarse en la sección de registro de la historia clínica del paciente. Si el paciente no puede firmar o se niega a firmar, el personal de registro o el asistente médico deberá firmar abajo diciendo que el Aviso efectivamente se ofreció al paciente. Esto solo se debe hacer una vez para cada paciente.

- A este paciente/representante legal se le ha ofrecido una copia del Aviso de Practicas Privadas de Oakland Integrated Healthcare Network.

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal de Oakland Integrated Healthcare Network.

\_\_\_\_\_  
Fecha





ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PODRÍA SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

Cuando usted recibe atención en Oakland Integrated Healthcare Network los médicos crean un registro médico. El registro médico tiene información acerca de su historial médico, pruebas que usted se haya realizado, tratamiento administrado y cómo usted ha respondido a este. También tenemos registros de facturación. Estamos obligados por ley a asegurarnos de que su información médica se mantiene en privado, a otorgarle este Aviso y decirle cómo utilizamos y compartimos su información médica, y cuáles son sus derechos. Le pediremos su firma para verificar que ha recibido una copia de este aviso. Si lo desea, o no está en condiciones de firmar, un miembro del personal firmará con su nombre y la fecha.

### **A. Como Podemos Utilizar y Divulgar Información de Salud acerca de usted.**

Información que podemos compartir sin su permiso

**Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento.** Las personas que se encargan de su cuidado necesitan saber acerca de sus problemas de salud para brindarle una atención segura y completa. Estas personas incluyen médicos, enfermeras, proveedores de salud mental, dentistas, estudiantes de medicina/residentes/internos, agencias de salud en el hogar, hogares de ancianos, laboratorios, hospitales, proveedores de equipos, u otros que utilizamos para proveer servicios que son parte de su cuidado continuo.

Algunos ejemplos de cómo podemos utilizar y compartir la información son:

- Si usted tiene diabetes, el nutriólogo debe saberlo para ayudarle a planear comidas adecuadas.
- Si usted es admitido en el hospital, podemos compartir información con el hospital para ayudarlo con su cuidado.
- Coordinar un tratamiento integral de salud/salud mental con un proveedor de salud mental.

**Podemos compartir su información médica para poder recibir el pago por su cuidado.** Por ejemplo, podemos compartir su información con su compañía de seguros para obtener el pago por su atención médica. También podemos compartir información para obtener aprobación de su aseguradora antes de recibir un tratamiento determinado (aprobación previa). De esta manera, nosotros podemos determinar que ellos van a pagar por su cuidado.

**Podemos utilizar y compartir su información médica para mejorar la atención de todos los pacientes.** Por ejemplo, para entrenar a los médicos u otros profesionales de la salud y estudiantes, o para evaluar cómo fue su cuidado y cómo podemos mejorar la atención en el futuro. También podemos combinar la información médica de varios pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios, si ciertos tratamientos nuevos son eficaces o para evaluar cómo lo estamos haciendo con otros y ver en donde podemos mejorar.

**Podemos utilizar o compartir su información porque usted recibe atención aquí:**

- para contactarse con usted acerca de una cita o porque ha perdido una cita;
- para pedirle una donación para Oakland Integrated Healthcare Network. Favor de ponerse en contacto con nosotros si no desea recibir estas solicitudes;
- decirle a alguien que ayude a pagar por su cuidado;
- decirle a sus familiares, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención, pero sólo si usted está de acuerdo en compartir esta información. Si usted no puede decir que está de acuerdo, haremos lo que creemos que es lo mejor para usted;
- para informarle sobre alternativas de tratamiento o para informarle sobre otros beneficios relacionados con su salud y servicios disponibles para usted;
- dejar que las agencias de supervisión de salud se aseguren de que estamos siguiendo las reglas de los programas como Medicare o Medicaid;
- obsequiarle materiales de mercadeo; regalos de muy poco valor; o informarle acerca de nuestros productos o servicios para su cuidado o tratamiento.

**Podemos compartir información en colaboración con agencias de salud mental afiliadas a Oakland County Mental Health Authority.** Como parte del equipo de atención/bienestar, los especialistas en salud mental pueden ayudar cuando sea apropiado en:

- evaluación, diagnóstico y tratamiento de necesidades de salud mental cuando se presenten; y
- para la elaboración y mantenimiento de una lista completa de todos los medicamentos recetados.

**Compartimos información para actividades de salud pública.** Por ejemplo, podemos divulgar información acerca usted para:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;



- reportar nacimientos y muertes, abuso o negligencia infantil, violencia doméstica, y reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a las personas sobre productos retirados del mercado que puedan estar usando;
- notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo por contacto con alguna enfermedad o condición.

### **Compartimos la información por razones legales.**

• Cuando debemos responder a una orden judicial u otro proceso legal. Esto incluye el intercambio de información acerca de usted si la ley estatal y federal así lo requiere, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quisiera comprobar que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad. Si hay citaciones, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en una disputa, revelaremos su información sólo si se ha tratado de informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cuando se nos requiera por ley informar a la policía u otros agentes legales, o cuando sea requerido por un gran jurado o citación a:

- informar de ciertas lesiones, como exige la ley - heridas de bala, quemaduras, lesiones a los autores del delito;
- ayudar a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- Informar sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Informar acerca de una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Informar sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y
- en situación de emergencia reportar un crimen.

### **También utilizamos y compartimos información con:**

- programas de donantes, si usted es donador o está en la necesidad de recibir un órgano, ojos o tejidos;
- examinadores médicos o médicos forenses para ayudar a identificar un cuerpo o determinar la causa de la muerte; o
- directores de funerarias para ayudarles a llevar a cabo sus funciones.

**Podemos utilizar o divulgar su información médica para proyectos de investigación**, como el estudio de la efectividad del tratamiento que usted recibe. Estos proyectos de investigación deben pasar por un proceso especial que protege la confidencialidad de su información médica. Todos los proyectos se evalúan para asegurar que sean de beneficio directo o indirecto para nuestros pacientes y / o la comunidad y deben ser aprobados por los Miembros Directivos de Oakland Integrated Healthcare Network. Podemos revelar información sobre su salud a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación; por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades específicas de salud.

### **También podemos utilizar y compartir información acerca de usted:**

- para prevenir o disminuir una amenaza grave para usted o para otros;
- si usted está en el ejército, como lo exigen las normas militares;
- Si usted es un preso, a la institución correccional o a los oficiales que ejecutan la ley en la institución para proporcionarle servicios de salud, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para la protección y la seguridad de la institución correccional;
- reportar los resultados de un examen ordenado por el tribunal; o
- cumplir las leyes por razones de seguridad nacional.

**Nosotros utilizamos y compartimos información requerida por otras leyes no mencionados anteriormente**; Información que podemos utilizar o compartir sólo si usted nos lo autoriza por escrito.

**Para cualquier propósito no mencionado anteriormente**. Por ejemplo, antes de enviar información a su compañía de seguros de vida.

**Para utilizar o compartir cualquier Información Altamente Confidencial**. Cumplimos con las leyes federales y estatales que requieren protección especial de privacidad cuando utilizamos o compartimos este tipo de información. Por ejemplo, información médica sobre enfermedades contagiosas y VIH / SIDA, y la evaluación y el tratamiento de una enfermedad mental grave que es tratada de forma diferente a otro tipo de información médica. Para estos tipos de información, tenemos la obligación de obtener su permiso antes de divulgar esa información a otros en muchas circunstancias.

## **A. Sus Derechos Acerca de su Información de Salud**

**Usted tiene el derecho de revisar su información médica y obtener una copia de esa información** (la ley nos obliga a mantener el registro original). Esto incluye registros médicos y de facturación. Usted debe firmar un formato de solicitud que puede obtener en el



Departamento de Registros Médicos. Si desea copias, se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo de estas; la información suele ser proporcionada dentro de los 30 días. Usted puede revisar sus registros sin costo. En algunos casos, puede que no le permitan revisar o copiar su registro. Si esto ocurre, le diremos por qué y le explicaremos su derecho a pedir que la negación sea reevaluada. Usted tiene derecho a acceder a la información de salud protegida en formato electrónico en el caso de que tengamos esta información en dicho formato.

**Usted puede pedirnos que hagamos cambios a su registro médico si usted piensa que lo que tenemos es incorrecto o incompleto.**

Usted debe hacer la petición por escrito y darnos una razón de por qué quiere hacer los cambios. Haremos cambios únicamente si creemos que la información que desea cambiar es completa y exacta, o si la información no fue creada por nosotros. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación dentro de los 60 días.

**Usted puede solicitar una lista de las personas con las que compartimos información y cuando la compartimos,** a excepción de información divulgada para tratamiento, pago o atención médica o para aquellas revelaciones que usted autorizó específicamente. Usted tiene que solicitarlo por escrito. Su solicitud debe darnos un período de tiempo específico (que comienza después del 16 de Enero de 2012) de no más de seis años. Le vamos a proporcionar la primera lista gratis, pero podríamos cobrarle por cualquier lista adicional que solicite durante el mismo año.

**Usted puede solicitarnos, por escrito, limitar quién obtiene información acerca de usted.** Por ejemplo, usted podría pedir que limitemos el uso de su información a una enfermera en específico, o que no divulguemos información a su cónyuge acerca de una cirugía que tuvo. No estamos obligados a acceder a su petición y podríamos rechazarla si afectara en su cuidado. Si estamos de acuerdo, vamos a respetar su solicitud a menos que exista una razón de emergencia tendríamos que compartir esta información. Si usted paga en su totalidad de su bolsillo por un servicio o atención de salud, nos puede solicitar, por escrito, no compartir esta información para efectos de pago u operaciones con su compañía de seguro. Nosotros cumpliremos a menos que la ley nos obligue a compartir la información.

**Usted tiene el derecho de solicitarnos, por escrito, enviar su información a una dirección diferente o contactarnos con usted de una manera diferente.** Por ejemplo, usted puede pedir que se envíe su información a su dirección de trabajo o un apartado postal en lugar de a su domicilio. No es necesario que nos explique sus razones. Cumpliremos con todos los pedidos razonables.

**Si usted firmó una autorización, usted puede retirar la autorización.** Usted debe firmar un formato para hacerlo. No podemos hacer nada con la información que ya compartimos, pero no la compartiremos después de que nos entregue el formato firmado.

**Usted puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento.**

**Usted tiene derecho a presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.** Usted puede presentar una queja, por escrito, con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Presentar una queja no va a cambiar la forma en que lo tratemos; no vamos a tomar represalias en su contra por presentar una queja.

**Usted tiene opciones sobre lo que compartimos.** Si usted tiene una clara preferencia en la forma en que compartimos su información en los siguientes casos, infórmenos por escrito.

- Compartir información con la familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartir información en una situación de atención de desastres
- Incluir su información en un directorio
- Contactarlo para recaudar fondos.

Nunca compartiremos su información a menos que usted nos lo permita para mercadeo, venta de su información, y sobre todo compartir notas de psicoterapia.

**Usted tiene el derecho a ser notificado en el caso de incumplimiento** en la seguridad de su PHI en el caso de que esto ocurra, dicha notificación se hará directamente a usted o por otros medios alternos permitidos por la ley y los reglamentos aplicables.

**Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud.** No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero, si estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos nuestro acuerdo escrito firmado por usted y nosotros (excepto en una emergencia). Estamos obligados a acceder a una solicitud de restricción si se refiere a la divulgación de un plan de salud con el propósito de llevar a cabo operaciones de pago o atención médica y el PHI perteneciente únicamente a un elemento de atención médica o un servicio por el que usted nos ha pagado de su bolsillo en su totalidad.



### **C. Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Nosotros le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y otorgarle una copia de la misma.
- No utilizaremos o compartiremos información diferente a lo aquí descrito a menos que nos lo autorice por escrito. Si usted lo autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

### **D. Aplicación, Cambios a este aviso, Información de Contacto y Fecha de Entrada en Vigor**

Este aviso aplica a toda su información médica mantenida por Oakland Integrated Healthcare Network, si esta es información que creamos o que recibimos de otro lugar. Nos reservamos el derecho de modificar los términos del Aviso. Sus derechos de privacidad pueden cambiar si cambian las leyes. Cuando esto suceda, cambiaremos el Aviso y lo colocaremos donde usted pueda leerlo. El nuevo Aviso se utilizará para toda la información que tenemos sobre usted. Debemos cumplir los términos del Aviso actualmente vigente. También puede obtener una copia del nuevo Aviso, o, si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor póngase en contacto con el Jefe de Operaciones de Oakland Integrated Healthcare Network al. La fecha de entrada en vigor de este Aviso es el 16 de enero, 2012.