

Bartz-Altadonna Centro de Salud Comunitario

Formulario De Registración

Sólo para uso interno:

Fecha: ___/___/___

Iniciales del personal: _____

Información del paciente

Apellido	Nombre	Fecha de Nac	SS#
----------	--------	--------------	-----

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Información de contacto

Teléfono: _____	Empleador	Numero Telefónico:
Celular: _____		

BACHC puede contactarme para recordatorios clínicos/de citas utilizando los siguientes métodos (marque todos los que correspondan): Llamadas Correo Electrónico Celular Texto (se pueden aplicar tarifas estándar de datos/mensajería)	Correo Electrónico:
--	---------------------

Como escucho de nosotros Plan de Seguro Hospital Familia Amistad Eventos, Volantes, Medios Sociales Otros: _____

Demografía del paciente

Idioma Primario Ingles ñoEspa Otros: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí no	Raza (marque todos los que apliquen) Asiático Negro Blanco Centro Americano Indio Americano/Nativo de Alaska Islas del Pacifico Nativo Hawaiano Otros: _____	Etnias Hispano/ Latino No Hispano
--	---	---

Identidad de Género: ¿Como se Identifica?: Hombre Mujer Mujer-a-varón/transgénero masculino/trans Hombre Hombre a mujer/transgénero femenino/trans Mujer	Orientación Sexual: Como se Identifica: Heterosexual Lesbianas, o homosexual Bisexuales Algo más No Sé	Estado civil Soltero Casado Divorciado Viuda(o)	Estudiante Tiempo Completo Medio Tiempo No estudia	Estado de Empleo Tiempo completo Medio Tiempo No Empleado Jubilado
---	--	--	--	---

Estado de la vivienda: ¿Indigente? Sí No Si estás sin hogar, estás: <input type="checkbox"/> En diferentes lugares (viviendo con otros) <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Viviendo con familiares sin pagar renta	Ingresos Bruto del Hogar: \$ _____ Mensual Anualmente # Adultos y niños (menores de 18 años) en el hogar: _____	¿veteran o militar? Sí No	¿Trabajador Inmigrante Temporal de Agricultura? Sí No
---	---	--	--

Garante (persona Para Ser facturado, marque aquí si lo mismo que el paciente)

Apellido	Nombre	Fecha de Nac.	SS#
----------	--------	---------------	-----

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono	Célular
-----------	--------	--------	---------------	----------	---------

Seguro médico

Seguro de la Empresa	Nombre del Titular	Relación con el paciente	Fecha de Nac	Empleador	Código Postal
1..					

Seguro de la Empresa	Nombre del Titular	Relación con el paciente	Fecha de Nac.	Empleador	Código Postal
2.					

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Firma del paciente o persona autorizada

Asignación de beneficios de seguro, divulgación de información y autorización de tratamiento.

Los abajo firmantes autorizan mis beneficios de seguro a ser pagados directamente al proveedor de **Bartz Altadonna Centro de Salud Comunitario** para los servicios ofrecidos. Yo entiendo que en última instancia soy responsable financieramente de cualquier saldo adeudado por los cargos aprobados y cubiertos no pagados por el seguro. Por la presente autorizo BACHC para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios del seguro. Autorizo el uso de esta firma en todos mis envíos de reclamos de seguro. Entiendo que el pago se espera en el momento en que se prestan los servicios. Una copia de esto es tan válida como el original.

Firma del Paciente o Guardian: _____

Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____



Bartz Altadonna Comunidad Centro de salud

Formulario de autorización de

HIPAA

Bartz Altadonna Centro de salud comunitario (BACHC) ha tomado medidas para proteger todos los, la información médica privada de nuestros pacientes. BACHC no compartirá ninguna información a nadie a menos que haya proporcionado la información solicitada a continuación. Estas serían otras personas que estén cubiertas en nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Su información médica protegida será utilizada por BACHC o divulgada a otros con el fin de el tratamiento, la obtención del pago, o el apoyo del día a día para el cuidado de salud, operaciones de la práctica. Por favor pida más Informe sobre el Aviso de Privacidad Prácticas para una Descripción completa de Cómo su información de salud protegida puede ser utilizado o divulgado. Puede obtener una copia del aviso de prácticas de privacidad para sus propios registros. Vea al Representante de servicios al cliente para recibir una copia.

Usted puede solicitar una restricción en el uso o revelación de su información de salud protegida. BACHC puede o no estar de acuerdo en restringir el uso o divulgación de su información médica protegida. Si BACHC acepta su solicitud, la restricción será vinculante en la práctica. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción convenida será una violación de la ley federal PRI- Vacy Normas.

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información médica protegida. Debe revocar el consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en la que se reciba su revocación de consentimiento no será afectado-Ed.

Por favor vea Representante de servicios al cliente con cualquier pregunta antes de firmar este formulario de autorización.

Personas autorizadas para obtener información médica

Nombre del Paciente: _____ Si el paciente menor de 18 años o tiene tutor, nombre de Guardián: _____

Yo [paciente/tutor] doy permiso para Barta Altadonna Centro de salud comunitario para revelar salud y/o facturación información a los individuos identificados a continuación que están involucrados en la atención del paciente o el pago de la atención. Entiendo BACHC no es responsable de la información proporcionada Siempre que se le da a una persona que he asignado a continuación.

La fecha de nacimiento debe ser proporcionada para que nuestra oficina pueda verificar que estamos hablando con la persona correcta.

Nombre	Relación	Teléfono	Fecha de Nac
--------	----------	----------	--------------

Nombre	Relación	Teléfono	Fecha de Nac.
--------	----------	----------	---------------

Consentimiento y reconocimiento del paciente

He revisado este formulario de consentimiento y doy mi permiso para BACHC para usar y revelar mi información de salud de acuerdo con las normas federales de privacidad.

Entiendo que, bajo las leyes de HIPAA, tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información protegida. Entiendo que este la información puede y será utilizada para: **Tratamiento, Pago, y salud Operaciones**. He recibido, leer y entendió su aviso de prácticas de privacidad que contienen una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. I under-soporte que Bartz Altadonna CHC tiene el derecho de cambiar su aviso de la práctica de privacidad de vez en cuando y que yo pueda contactar con ellos en cualquier momento para recibir una copia actual.

Firma del Paciente o guardián :

Fecha: _____

Relación con paciente: _____

Consentimientos y Agradecimientos

En para para que Para en a paciente, que Necesita su consentimiento Para proporcionar que con cuidado. Que también Necesita que Para reconocer que que han siempre que con ciertas importante información y documentos. Si que han cualquier Preguntas sobre cualquier de Este información o Necesita Ayuda completar Este forma, favor hacer no en Para pedir a miembro de nuestro personal. Es es importante Para nos que que siento cómodo con todos de Este información. Por firma, que son que que que entender la información, han sido dado a oportunidad Para pedir Preguntas, y son dando su consentimiento.

Consentimiento general para tratar

Me voluntariamente de acuerdo Para recibir servicios allám BACHC y autorizar la proveedores de BACHC Para proporcionar como cuidado, tratamiento, o servicios como son considera necesario y aconsejable para mí. Me entender que Me debe participar en la planificación para mi cuidado y que Me han un Correcto Para rechazar intervenciones, tratamiento, atención, servicios o medicamentos en cualquier momento Para la medida la ley permite. Me saber que el cuidado Me se recibir puede incluir pruebas, inyecciones, y otros medicamentos, etc., que son basado en criterios médicos establecidos, pero no libre de riesgo. Finalmente, Me Sé que BACHC veces ha estudiantes/residentes entrenados como médicos, enfermeros, terapeutas y otros servicios de salud cuidado proveedores Quién podría ser a Para cuidar de mí. Estos estudiantes son bajo la supervisión de proveedores autorizados.

I entender que BACHC es comprometido Para que me en mi cuidado y que No uno puede ser dado cuidado en BACHC sin acuerdo Para la cuidado a hay es una emergencia. Si hay es una emergencia, I Sé que alguien en BACHC puede Ayuda me sin esperando para me Para decir Bien. I entender que algunos servicios requieren me Para signo otro Informado Consentimiento Para Tratamiento, así I puede ser preguntó Para completa que más.

Aviso de práctica de privacidad

Me He estado dado un copia de BACHCes Aviso de Prácticas de privacidad y Me entender eso BACHC es Obligatorio por Ley Para proteger mi información personal de salud. Me han tenido la oportunidad Para pedir Preguntas sobre BACHCes Aviso de Prácticas de privacidad y sentir cómodo con el protecciones que es ofrece me. Me Entiendo que hay son veces Cuando la ley permite mi información personal de salud que se compartido con individuos o entidades externas de BACHC, incluyendo pero no limitada Para para el tratamiento, el pago y fines de operaciones, Cuando Obligatorio por Ley, y en conexión con el informes obligatorios de ciertas enfermedades.

Modelo integrado de atención

BACHC ofrece una amplia variedad de servicios a sus clientes. Lo entiendo para que para obtener el mejor servicio para mis necesidades, programas dentro de BACHC puede Compartir información a mi salud Para asegurar la calidad y continuidad de mi cuidado en servicio áreas.

Salud Intercambio de información

I entender que BACHC participa en ciertos salud información intercambios con otros hospitales y salud centros situado en la Antílope Valle y alrededores áreas. Su salud información puede ser compartido con Estos intercambios Para proporcionar más acceso, mejor coordinación de cuidado, y Para a proveedores y público salud funcionarios en hacer más informado decisiones. Favor Notifíqueme BACHC Si que deseo Para "opt-out" y desactivar acceso Para su salud información, excepto Para la medida que divulgación de como información es permitido o mandato por Ley.

Derechos y responsabilidades del paciente

I han sido dado a copia de la BACHC Paciente Derechos y Responsabilidades documento y entender que ambos la Derechos y la Responsabilidades establecidas fuera en que documento debe gobernar mi interacciones en BACHC. I también entender que BACHC y I son responsable para adhesión Para la Derechos y Responsabilidades. I entender que I han a Correcto Para archivo a queja o queja con BACHC, como descrito en BACHCes Paciente Manual. La Manual del paciente contiene información sobre ser a paciente en BACHC, incluyendo servicios que BACHC ofrece, horas de operación, y contacto información para servicios.

Divulgación de información para facturación y consentimiento para reembolsar

I Sé que BACHC necesidades Para Enviar piezas de mi personal salud información Para organizaciones que Ayuda pagar para mi cuidado, como como mi seguro empresa o un Organización que subvenciones dinero Para BACHC. I permite BACHC Para liberación la relevantes piezas de mi registros así que mi cuidado puede ser pagado para. Si I hacer no siento cómodo con Este, entonces I entender que I puede petición a más nivel de privacidad protección que es ofrece Para me bajo la Salud Portabilidad del seguro y Responsabilidad Acto (HIPAA).

Reconocimiento del deber de reembolsar BACHC Para los servicios de atención médica

Entiendo que BACHC ofrece una escala de tarifas deslizantes de artículos de cuidado de salud descontados o gratuitos y servicios a personas que se consideran incapaces de pagar basándose en su nivel de ingresos. Con el fin de ser elegible para BACHCes Escala de tarifa de desplazamiento de los servicios descontados o gratuitos, voy a tener que proporcionar BACHCes Servicios al cliente equipo con documentos establecer que I con ingresos elegibilidad requisitos. Si I hacer no proporcionar la documentos requeridos a BACHC, Soy responsable de pagarmis honorarios para médicos y curación conductualTH en BACHC en su totalidad en el momento del servicio

Al firmar mi nombre a continuación, estoy reconociendo que he leído, y entiendo plenamente, cada uno de los párrafos separados establecidos arriba.

Firma:	Fecha:
Nombre impreso: <i>(si no es paciente, relación de impresión)</i>	Fecha de nacimiento:

Paciente Reconocimiento de Financiera Obligación

Bartz-Altadonna Centro de salud comunitario ("BACHC") es a Federal Calificado Salud Centro que es Asunto Para Sección 330 de la Público Salud Servicio Acto. Sección 330 especifica que Salud Centros debe asegurar que No paciente se ser negó servicios debido Para su incapacidad Para pagar por como servicios. Es también requiere Salud Centros Para adoptar escrito políticas y procedimientos Para maximizar colecciones y reembolso para su costos en proporcionar salud servicios.

Entiendo que soy responsable de:

- Contribuyendo Para la costo de mi cuidado y tratamiento como mi salud seguro cobertura requiere y basado en mi capacidad Para pagar;
- Proporcionar BACHC con la información es necesidades Para recibir reembolso para la tratamiento o servicios es proporciona Para me;
- Solicitando consideración para descuento honorarios bajo BACHCes Deslizante Cuota Escala basado en mi nivel de ingresos, y proporcionar documentación Para elegibilidad de apoyo para descuento honorarios que puede ser solicitado por BACHCes Registro y beneficios equipo;
- A la Equipo de registro y beneficios con cualquier aplicación para seguro o público beneficios que I puede ser derecho a;
- Pagar mi Co-pago (si aplicable) Cuando I Check-in para mi cita y pagar mi deducible o cualquier otros honorarios que puede ser debía en la conclusión de la médica visita;
- Pagar mi honorarios para médica y comportamiento salud recibido en BACHC en completo en la tiempo de servicio, sea sobre Check-in o en salida como solicitado por BACHC Si I han sido considerará a auto-pago paciente basado en la hecho que I han seguro cobertura que BACHC no no aceptar pero han elegido Para siendo en cuidado en BACHC.

Firma:	Fecha:
Nombre impreso: <i>(si no es paciente, relación de impresión)</i>	Fecha de nacimiento:

Autorización para divulgar información de salud

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:
Dirección:		
Número de teléfono:	Correo electrónico:	
Fecha de solicitud:		
<input type="checkbox"/> Autorizo BACHC Para Liberación Salud Información Para Hospitales del área de Antelope Valley, incluyendo el hospital Antelope Valley, Palmdale Regional Medical Centro, Proveedor (es) de atención especializada		<input type="checkbox"/> Me Autorizar BACHC Para Obtener Salud Información De: Hospitales del área del Valle de Antelope, incluyendo el hospital del Valle de Antelope, centro médico regional de Palmdale, Proveedor de atención primaria anterior (si aplica), proveedor de atención especializada (s)
Propósito de Este petición: <input type="checkbox"/> Transferencia de Cuidado <input type="checkbox"/> Verificación de Estado <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Legal Otros: _____		
<input type="checkbox"/> I autorizar Bartz Altadonna CHC Para obtener registros con Para mi hospitalización, incluyendo pero no limitada Para Hospital resúmenes de la descarga, Radiología informes, patología informes y médica registros relevantes Para mi hospitalización. Y/o		
<input type="checkbox"/> I autorizar Bartz Altadonna CHC Para revelar mi médica registros, incluyendo la médica registros específicamente señalado en la bloques debajo, en para Para facilitar, coordinar y administrar mi cuidado y tratamiento.		
Su médica registro puede contienen ciertos información que es ofrece a más nivel de confidencialidad por la salud Centro. BACHC se no liberación la registros descrito debajo a que marca la bloque siguiente Para la tipo de información que deseo Para ser lanzado y signo Este forma debajo:		
<input type="checkbox"/> VIH Información <input type="checkbox"/> Droga, alcohol Tratamiento Información <input type="checkbox"/> Mental/conductual Salud Información		
Registros debe ser: <input type="checkbox"/> Siempre Para Hospital o Obtenido De Hospital y Fax Para BACHC en (888) 977-1571		

Usted está obligado a leer y firmar a continuación. Lo entiendo:

- I entender que la salud Centro se no negar me tratamiento porque I niegan Para signo Este Autorización.
- Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por subpetición escrita a BACHC a menos que el centro de salud ya haya tomado acción basado en Este Autorización, o a Este Autorización es dado como a condición de obtener seguro cobertura y la asegurador ha ciertos derechos legales para impugnar la póliza o una reclamación política.
- Entiendo que esta autorización es válida para un **un año** período a partir de la fecha de mi firma debajo, pero que la información divulgada basó en esta autorización puede ser revelado por la entidad o la persona que recibe la información. Una vez divulgado, es posible que la información ya no se proteja bajo la privacidad federal o estatal leyes.
- I puede Inspeccione o copia la médica información que es ser lanzado, utilizado y/o compartido con Para Este Autorización Forma.
- La uso o divulgación de información Obtenido o lanzado con Para Este Autorización puede resultado en directa o indirecta pago Para BACHC De una tercera parte, incluida la copia honorarios.
- Entiendo que el uso o divulgación de Relacionados con el VIH, la información y el tratamiento de la salud de la droga/del alcohol y mental/del comportamiento es altamente sensible y requiere la autorización específica que he proporcionado marcando las cajas encima.
- Entiendo que si los registros o la información que se publican implican tratamiento para el alcohol o la adicción a las sustancias, mis registros también están protegidos por federal Ley y regulaciones con Para "confidencialidad de alcohol o drogas abuso paciente registros," (42 C.f.r. Parte 2, 42 U.s.c. § 290dd-2).
- Entiendo que puede haber un cargo por el pedido registros.

Firma:	Fecha:
Nombre impreso: <i>(si no es paciente, relación de impresión)</i>	Fecha de nacimiento:

BACHC entiende la importancia de su solicitud y se esfuerza por procesar su solicitud tan pronto como sea posible en el orden en que se recibió su solicitud. Por favor, déjenos saber si la información solicitada es necesaria para una fecha específica y cada esfuerzo se ser hecho para cubrir sus necesidades. BACHC cumple con las regulaciones de HIPAA que requieren el procesamiento de las solicitudes de información médica dentro de los 30 días hábiles de la solicitud.

Nota a la persona o entidad autorizada para recibir registros de adicción al alcohol o al abuso de sustancias De acuerdo con este aviso: esta información ha sido revelada a usted de los expedientes protegidos por las reglas federales de la confidencialidad (42 CFR parte 2) referente a la confidencialidad de los expedientes del alcohol y del abuso de sustancia. Las reglas federales le prohíben hacer cualquier revelación adicional de esta información a menos que la divulgación sea expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o de otra manera permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra forma no es suficiente para este propósito. Las reglas federales también restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar cualquier ALcohol o cliente de abuso de drogas de BACHC.

Paciente Derechos y Declaración de responsabilidades

Como BACHC Paciente, tiene derecho a:

Acceda a los servicios de una manera segura y respetuosa

- Recibir servicios en BACHC independientemente de su raza, Color religión, sexo, marital Estado, sexual orientación, Género identidad o expresión, Idioma inglés competencia, origen nacional, edad, discapacidad, estado veterano, o cualquier otros Estado protegido por Ley.
- Recibir respeto y consideración De cada empleado, voluntario o aprendiz que interactuar con en BACHC.
- Siento seguro De daño y libre De verbal, física, o abuso psicológico, intimidación o acoso Cuando que son en BACHCes instalaciones.

Privacidad con respecto a su información personal de salud

- Esperar BACHC Para cumplir con la Federal y Estado privacidad leyes al usar o revelar información sobre que o la salud cuidado y servicios relacionados que recibir en BACHC.
- Recibir una copia de BACHCes Aviso de prácticas de privacidad cuando que registro como a Nuevo paciente así que que se ser más completamente informado Acerca de su privacidad derechos.
- Activo participación en su curso cuidado
- Ayuda BACHC proveedores y personal Para desarrollar a Plan para la tratamiento y servicios que recibir en BACHC.
- Proporcionar (o retener) su consentimiento Para voluntario tratamiento, incluyendo su participación en la investigación clínica, y ser informado sobre la consecuencias de negarse cualquier tratamiento o servicio.
- Proporcionar BACHC miembros del personal con efectos positivos o Comentarios sobre su cuidado o exprese sus preocupaciones o quejas sobre la salud Centro.

TiMely Información sobre su cuidado

- Recibir completa información sobre su diagnóstico, y tratamiento o servicio Plan en llano idioma que que puede entender.
- Obtener a copia de su médica registros sobre petición a la Ley permite BACHC Para retener la registros.
- Recibir un explicación de la costos asociado con su cuidado en BACHC.
- Obtener asistencia con referencias Para otros proveedores.

Servicios de calidad de nuestro centro de salud

- Recibir coordinado salud cuidado tratamiento y servicios consistente con profesional normas.
- Recibir servicios De licencia y credenciales BACHCproveedores.
- Petición BACHC Para proporcionar audiencia, idioma, alfabetización o otras comunicaciones asistencia Obligatorio por Ley.
- Recibir servicios y cuidado en la menos restrictivas ambiente factible, libre De química o física restricciones.

Como BACHC Paciente, usted es responsable de:

Su Interacciones personales con nuestros equipo del centro de salud

- Tratar BACHC empleados, voluntarios, aprendices, contratistas, otros pacientes, y huéspedes con respeto en todos veces.
- Hacer no hacer cualquier amenazando o ofensiva declaraciones en BACHCes instalaciones.
- Hacer no participar en cualquier acto de física violencia o otros amenazando o inadecuado comportamiento en BACHCes instalaciones.
- Hacer no distribuir o uso alcohol o drogas en BACHCes propiedad o Introduzca un BACHC instalación o programa bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol.

Participación activa en su cuidado

- Tomar un activo parte en su tratamiento o servicio Plan en BACHC y estancia en contacto con su proveedores sobre su cuidado.
- Petición cualquier audiencia, idioma, alfabetización o otros asistencia en comunicaciones que puede Necesita en menos 48 horas antes Para su visita.
- Mostrar hasta para su citas en menos 15 minutos adelante de horario y proporcionar avance Aviso Avisadme es se necesario Para Cancelar un cita en BACHC.
- Contribuir Para la costo de su cuidado que la Ley o la salud Plan que te participar en requieren que Para pagar.

Intercambio de información oportuno

- Proporcionar BACHC con completa, precisa, y veraz información en todas las veces.

BACHC Derechos y responsabilidades del paciente subvenciones políticas BACHC discreción para actúe poner límites a un del paciente capacidad de recibir tratamiento o servicios en BACHC basado en a del paciente falta de con su Responsabilidades o para cualquier otros razón permitido por Ley. Además, cualquier BACHC paciente ha discreción Para decidir no Para buscar más tratamiento o servicios en BACHC basado en BACHC incumplimiento de los derechos del paciente enunciados en esta declaración o para cualquier otrosrazón.



Este aviso describe cómo se puede utilizar la información médica sobre usted y divulgó por Bartz Altadonna Centro de salud comunitario (BACHC) y Cómo que puede Obtener acceso Para Este información. Favor Informe es cuidadosamente.

Sus derechos

Usted tiene el derecho de:

- Obtener a copia de su papel o electrónico médica registro
- Correcto su papel o electrónico médica registro
- Petición confidencial comunicaciones
- Pedir nos Para límite la información sobre que que que Compartir
- Obtener a lista de los con quien hemos compartido su información
- Obtener a copia de Este Aviso de Privacidad Prácticas
- Elegir alguien Para acto como su personal Representante para fines de tu salud información
- Archivo a queja Si que Creo su privacidad derechos han sido violado

Sus opciones

Que han algunos Opciones en la manera que que uso y Compartir información como que:

- Dile familia y amigos sobre su salud
- Proporcionar desastre alivio
- Proporcionar mental salud cuidado
- Mercado nuestro servicios
- Levantar fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Nosotros podemos usar y compartir su información como nosotros:

- Tratar que
- Ejecutar nuestro Organización
- Bill para su servicios
- Ayuda con público salud y seguridad cuestiones
- Hacer investigación
- Cumplir con los Ley
- Trabajo con a médica examinador o funeral Director
- Dirección las compensación, Ley aplicación, y otros Gobierno solicitudes
- Responder Para demandas y legal acciones

A más detallada Descripción de su derechos, su Opciones y nuestro utiliza y divulgaciones de su salud información es conjunto adelante debajo:

Sus derechos

Cuando es viene Para su salud información, que han ciertos derechos. Esta sección de nuestro Aviso de Privacidad Prácticas explica su derechos y algunos de nuestro responsabilidades bajo la Ley.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico.

- Que puede pedir Para Ver o Obtener un electrónico o papel copia de su expediente médico y otros salud información que han sobre que.
- Que le proporcionará una copia o un resumen de su salud información, generalmente dentro 30 días de su petición. Que puede cargo a razonable, basado en los costos cuota.
- Que puede pedir nos Para correcto salud información sobre que que que Creo es incorrecta o incompleta.

Solicite que modifiquemos su expediente médico

Podemos decir "no", pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

Petición comunicaciones confidenciales

- Hacer una petición razonable para ponerse en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, casa o Oficina teléfono) o Para Enviar correo Para a diferentes Dirección.

Nos piden que limitemos lo que usamos o compartimos

- Que nos puede pedir que no usemos o compartamos cierta

información de salud para tratamiento, pago, o nuestro operaciones. Que son no Obligatorio Para acuerdo a su petición, y que puede decir no" Si es haría afectan su cuidado.

- Si usted paga por un servicio o artículo de cuidado de la salud fuera de su bolsillo en su totalidad, que puede pedir nos no Para Compartir que información para la propósito de pago o nuestro operaciones con su salud asegurador. Que se decir sí" a a Ley requiere nos Para Compartir que información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Que puede pedir para a lista contabilidad) de la veces hemos compartido su salud información para seis años antes Para la fecha que pedir, Quién compartimos es con, y por.
- Que incluirá todas las divulgaciones a excepción de los sobre el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico, y ciertas otras Divulgaciones (tales como cualesquiera que usted nos pidió hacer). Vamos a proporcionar una contabilidad al año para libre pero se cargo a razonable, basado en costos cuota Si que pedir para otro uno dentro 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de prácticas de privacidad

- Que puede pedir para a papel copia de Este Aviso en cualquier tiempo, incluso Si que han acuerdo Para recibir la Aviso electrónicamente y que se proporcionarle con a papel copia puntualmente.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si que han dado alguien salud cuidado poder de abogado o Si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercitar sus derechos y tomar decisiones sobre su salud información.
- Nuestro Legal Servicios Departamento puede a que con la preparación de un salud cuidado poder de abogado documento que proporciona autoridad para otro persona Para acto en su nombre.

Presentar una queja si usted siente que sus derechos son violados

- Que puede quejarse si usted siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con Bartz Altadonna CHC en (661) 874-4050.
- Que puede presentar una queja con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios humanos Oficina para Derechos civiles por envío un Carta Para 200 Independencia Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando a 1,877. 696,6775, o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/complaints.
- Que se no represalias contra que para Presentación a queja.

Sus opciones

Para ciertos salud información, que puede Dile nos su Opciones sobre Qué compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, habla con nosotros. Dile nosotros lo que usted quiere que hagamos, y que se seguir su instrucciones. En Estos casos, que han ambos la Correcto y elección Para Dile nos Para:

- Compartir información con su familia, cerca amigos, o otros involucrados en tu cuidado
 - Compartir información en a desastre alivio situación
- Si usted son no nos puede decir su preferencia, por ejemplo, si usted son inconsciente, que puede ir adelante y Compartir su información Si que Creo está en su mejor interés. Que también puede Compartir su información cuando necesario Para disminuir a serio y inminente amenaza Para salud o seguridad.*

En Estos casos que generalmente hacer no Compartir su información a que nos dan escrito permiso:

- Marketing fines
- Venta de su información
- Más compartir de Psicoterapia Nota



En el caso de recaudación de fondos:

- Que puede contacto que para recaudación esfuerzos, pero que puede Dile nos no para contactar con usted vez.

Nuestros usos y divulgaciones De Información Sobre Que

¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información de salud?

Que típicamente uso o Compartir su salud información en la siguientes maneras.

Para tratarte

Que puede uso su salud información y Compartir es con otros profesionales que son tratamiento que.

Ejemplo: A médico tratamiento que para un lesión pide otro médico Acerca de su General salud condición.

Para ejecutar nuestra organización

Que puede uso y Compartir su salud información Para ejecutar nuestro salud Centro, mejorar su cuidado, y contacto que Cuando necesario.

Ejemplo: Que uso salud información sobre que Para mejorar la calidad de cuidado que proporcionar Para que y otros.

Con el fin de factura por sus servicios

Que puede uso y Compartir su salud información Para Bill y Obtener pago de salud planes o otros entidades.

Ejemplo: Que puede dar información sobre usted a su plan de seguro médico en para Para ser pagado para la servicios que recibir en la salud Centro.

¿de qué otra manera podemos usar o compartir Su salud Información?

Que son permitido o Obligatorio Para Compartir su información en otros maneras — por lo general en maneras que contribuir Para la público buena, como como público salud y investigación. Que han Para conocer a muchos condiciones en la ley antes que puede Compartir su información para Estos fines. Si que Quiero Para Aprende más Puedes ir Para:

www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/Understanding/Consumers/index.html.

Ayuda con asuntos de salud y seguridad pública

Que puede Compartir salud información sobre que para ciertos situaciones como como:

- Prevención enfermedad
- A con producto recuerda
- Informes adversos reacciones Para medicamentos
- Informes sospecha abuso, negligencia, o doméstica violencia
- Prevención o reducir a serio amenaza Para culpa salud o seguridad

Hacer investigación

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

Que compartirá información sobre usted si las leyes estatales o federales requieren es, incluyendo con la Departamento de Salud y Humanos Servicios Si es quiere Ver que Estamos cumplir con federal privacidad Ley.

Trabajar con un examinador médico o director de funerales

Que puede Compartir salud información sobre a difuntos paciente con a forense, médica examinador, o funeral Director.

Dirección compensación de trabajadores, derecho aplicación, y otros gobiernos solicitudes.

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para las compensación reclamaciones
- Para Ley aplicación fines o con a Ley aplicación oficial
- Con salud supervisión agencias para actividades autorizado por Ley
- Para especial Gobierno funciones como como militar, nacional seguridad, y presidencial protección servicios

Responder a demandas y acciones legales

Que puede Compartir salud información sobre que en respuesta Para a corte o administrativa para, o en respuesta Para a citación.

Nuestras responsabilidades

- Que son Obligatorio por Ley Para mantener la privacidad y seguridad de su salud protegida información.
- Que se vamos que Sé en escritura Si a incumplimiento ocurre que puede han comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Que debe seguir la deberes y privacidad prácticas descrito en este aviso y dar que a copia de es.
- Que se no uso o Compartir su información otros que como descrito aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dices que podemos, puede cambia de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si usted cambio su mente.
- Que no comparta registros relacionados con su participación en un BACHC sustancia abuso Programa o su mental salud registros con proveedores fuera de BACHC sin su escrito autorización.

Que puede cambiar la términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso de prácticas de privacidad estará disponible en petición, en nuestro Oficina, y en nuestro Web sitio.

BACHC está participando En intercambio regional de información sanitaria (HIE). El HIE es una manera de compartir su información de salud entre las oficinas de médicos participantes, los hospitales, Laboratorios, Radiología centros, hospitales y otros proveedores a través de Secure, electrónico significa. Participantes en la HIE permite nuestro proveedores médicos Para mejor coordinar la salud cuidado que recibir, pero que tienen el derecho de optar por no salir de la HIE en cualquier momento.

Reconocimiento de recibo de este aviso de prácticas de privacidad se indica por su firma en nuestro Informado Consentimiento Forma que se escanea en su electrónico médica registro.