



## **Bienvenidos a Diversity Health Center, Inc.**

*Diversity Health Center, Inc. (DHC)* Es un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) que sirve a los residentes de Liberty y Long County. La misión de *Diversity Health Center* Para proporcionar servicios primarios, de prevención y de salud mental a través de un modelo de hogar médico, para mejorar el estado de salud de los residentes en nuestra comunidad. *Diversity Health Center* Ofrece una escala de tarifas deslizantes, que permite a los pacientes no asegurados aprovechar un descuento en los servicios.

DHC está emocionado de que nos haya elegido como **hogar médico**.

Si tiene alguna pregunta o inquietud en referencia a su cuidado, por favor comuníquese con su Equipo Médico al número de teléfono que aparece a continuación durante el horario comercial.

***Diversity Health Center Mantiene a los proveedores de llamadas después de horas y los fines de semana para evaluar situaciones urgentes por teléfono. Por favor llame al (844) 877-2227 para acceder a nuestro proveedor de guardia.***

303 Fraser Drive Hinesville, GA 31313 (912) 877-2227 Teléfono (912) 877-2332 Fax Horas: <i>lunes-jueves 8a-7p;</i> <i>viernes 8a-5p</i> <b>*Cerrado 12:30-1:30p</b>	502 E. General Way Ste A Hinesville, GA 31313 (912) 368-1959 Teléfono (912) 368-1966 Fax Horas: <i>lunes-viernes 8a-5p</i> <b>*Cerrado 12:30-1:30p</b>	213 N. McDonald St. Ste A Ludowici, GA 31316 (912) 545-9398 Teléfono (912) 545-2747 Fax Horas: <i>lunes-jueves 8a-6p;</i> <i>viernes 8a-5p</i> <b>*Cerrado 12:30-1:30p</b>
---	---	--

[www.diversityhc.org](http://www.diversityhc.org)

**Esperamos poder satisfacer todas sus necesidades de atención médica.**

**Ningún paciente será rechazado por incapacidad para pagar.**



DIVERSITY HEALTH CENTER

### FORMULARIO DE REGISTRO PARA NUEVOS PACIENTES

Fecha de hoy:		PCP:			
Apellido del paciente:		Primer nombre:	Segundo nombre:	Nombre anterior:	¿Es este su nombre legal? Sí o no
Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?	Estado civil: Circule una opción (Soltero) (Casado) (Div.) (Viudo) (Separado)		Fecha de nacimiento:	La identificación de género: (Mujer) (Hombre) (Transgender)	La orientación sexual: (Heterosexual) (Gay/Lesbian) (Bisexual)
Dirección:		Número de Seguro Social:		Teléfono de casa / celular:	
P.O. Box	Ciudad:		Estado:	Código Postal:	
Empleador:		Ocupación:		Teléfono del empleador:	
Farmacia preferida:	Ciudad, estado:	Teléfono:	Fax:		
¿Cómo se enteró de la clínica y por qué la eligió? Circule una opción:					
CORREO ELECTRÓNICO:					
<b>FAVOR DE ENTREGAR SU TARJETA DEL SEGURO EN RECEPCIÓN</b>					
Contacto de emergencia:		Relación con el paciente:		Teléfono de casa / celular:	
Raza (circule una opción)	<b>Blanca</b> <b>Nativo americano</b>	<b>Negra/afroamericana</b> <b>Nativo de otras islas del pacífico</b>	<b>Asiática</b> <b>Mestizo / más de una raza</b>	<b>Nativo de Hawái</b>	
¿Es Veterano del Ejército? (Sí) (No)	Trabajador por temporada: (Sí) (No)	Trabajador inmigrante: (Sí) (No)	¿Es indigente? (Sí) (No)	¿Es hispano? (Sí) o (No)	
Si está en situación de calle, marque la opción que mejor describa su estado: <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> En casa de alguien más <input type="checkbox"/> Refugio para indigentes <input type="checkbox"/> Residencia temporal <input type="checkbox"/> Otros					
¿Tiene un testamento vital? (Sí) (No)	¿Vive en una vivienda pública? (Sí) (No)		¿Tiene alguna incapacidad? (Sí) (No)		
La información que indico en este formulario es verdadera. Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier saldo. Doy mi autorización a <b>DIVERSITY HEALTH CENTER, INC.</b> , o a mi aseguradora independiente de divulgar cualquier información que se requiera para procesar mis reclamos de pago.					
Firma del paciente o de su tutor			Fecha		

# PLANILLA DE DETERMINACION DE INGRESOS

Nombre \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

No tengo seguro y deseo beneficiarme de la escala de tarifas descuento deslizante

No quiero calificar para el descuento tarifas escala.

\_\_\_\_\_   
 Inicial paciente

MONTO FRECUENCIA DEL INGRESO FAMILIAR	PROCEDENCIA DEL INGRESO FAMILIAR ( escoja todos los que apliquen)
Por Hora: \$ _____ X 2080 = \$ _____	_____ Empleo \$ _____ mensual
Semanal: \$ _____ X 52 = \$ _____	_____ AFDC \$ _____ mensual
Mensual: \$ _____ X 12 = \$ _____	_____ Social Sec. \$ _____ mensual
Otro: \$ _____ X _____ = \$ _____	_____ SSI \$ _____ mensual
No quiero calificar para el descuento tarifas escala	_____ Manutención de los hijos \$ _____ mensual
	_____ Otro \$ _____ mensual

**VIVIENDA:** PROPIA: \_\_\_\_\_ ALQUILADA: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

**NUMERO DE FAMILIARES EN EL HOGAR:** \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

Prueba de Ingresos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Declaracion de Impuestos: \_\_\_\_\_ Talonario de Pago: \_\_\_\_\_ Declaracion SS: \_\_\_\_\_ Estado de Cuenta Bancaria(s): \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, tengo un ingreso familiar de \$ \_\_\_\_\_, cada

Semana \_\_\_\_\_, Mes \_\_\_\_\_, Año \_\_\_\_\_, pero testifico que no puedo presentar prueba de estos ingresos.

Bajo penalizacion de la Ley, testifico que he proporcionado la informacion completa y precisa sobre todos mis ingresos familiares. Acepto, que si esta informacion es falsa, DHC puede iniciar el cobro de los honorarios completos relativos a mi tratamiento, y puede rehusarse a proveerme un tratamiento posterior.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
DHC TESTIGO

\_\_\_\_\_  
Fecha



DIVERSITY HEALTH CENTER

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

CON ESTE DOCUMENTO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE DIVERSITY HEALTH CENTER, INC. Y TODOS LOS PROVEEDORES CLÍNICOS PUEDAN ADMINISTRAR LAS VACUNAS, DIAGNÓSTICOS, EXÁMENES DE LABORATORIO O TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PARA ENFERMEDADES Y/O LESIONES Y PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES QUE UN PROFESIONAL MÉDICO CONSIDERE NECESARIOS PARA MÍ, ASÍ COMO PARA QUE ME REFIERA A OTROS SEGÚN LO CONSIDERE CONVENIENTE.

DOY MI CONSENTIMIENTO A LOS SERVICIOS VOLUNTARIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL TÍTULO X SI LOS SOLICITO. ENTIENDO QUE TODOS LOS SERVICIOS DEL TÍTULO X SON VOLUNTARIOS Y CONFIDENCIALES. ENTIENDO QUE LA OBTENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE TÍTULO X NO ES UN REQUISITO PARA OBTENER OTROS SERVICIOS EN DIVERSITY HEALTH CENTER, INC. ENTIENDO QUE NO ME PUEDEN ALEJAR LOS SERVICIOS DE TÍTULO X POR INCAPACIDAD DE PAGAR.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE, PADRE, MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
NÚM. DE SEGURO SOCIAL

## **NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, RECONOZCO QUE RECIBÍ UNA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE DERECHOS DE PRIVACIDAD.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TUTOR (SI CORRESPONDE)

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**O:**

RAZÓN POR LA QUE NO SE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA



DIVERSITY HEALTH CENTER

## HIPAA Policy Acknowledgment

### ACUSE DE RECIBO DE LA NORMA HIPAA

He recibido una copia del resumen de la Notificación de prácticas de privacidad de Diversity Health Center que describe mis derechos y sus obligaciones relacionados con la divulgación de mi información médica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

No podemos divulgar la información confidencial del paciente a ninguna parte por teléfono ni en persona sin su autorización por escrito. Si desea que hablemos de su información médica personal por teléfono o en persona con alguien más aparte de usted, le solicitamos que complete la siguiente autorización.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Diversity Health Center a divulgar mi información protegida de salud (PHI) a la(s) persona(s) autorizada(s) enumerada(s) a continuación. Esto puede incluir información relacionada con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

También puede incluir información sobre los servicios de salud del comportamiento o mental y el tratamiento para el abuso de drogas o alcohol.

Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque por escrito.

#### **Personas autorizadas:**

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
DHC Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



DIVERSITY HEALTH CENTER

## **Responsabilidades & de los Derechos de los Pacientes / Paciente-Proveedor de Acuerdo**

Nombre de Pacient \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Adjetivo Social. \_\_\_\_\_

---

*Como paciente de clínicas de la Diversity Health Center, Inc. (DHC), tengo derechos y responsabilidades.*

**Mi DERECHOS son:**

1. Tengo derecho a ser respetado y apoyado..
2. Tengo derecho a ser informado sobre y participan en todos los aspectos de mi salud.
3. Tengo derecho a completar la confidencialidad con respecto a mi expediente médico..
4. Tengo el derecho a la atención que sea considerado y respetuoso de mis creencias personales y valores.

**Mi RESPONSABILIDADES son:**

1. Tengo la responsabilidad de informar a todos mis condiciones significativas relacionadas con la salud que pueden ser relevantes a la capacidad de los proveedores de DHC para proporcionar cuidado efectivo del paciente.
2. Tengo la responsabilidad de veracidad y precisión informar ingresos, los bienes y el estado seguro (incluyendo la elegibilidad de Medicaid o Medicare) de todos los que viven en mi hogar..
3. Tengo la responsabilidad de asistir a todas las citas programadas y cumplir con todos los tratamientos, referencias y recomendaciones de mis proveedores de atención médica.
4. Tengo la responsabilidad de comportarse apropiadamente hacia todos los miembros del personal de DHC.
5. Tengo la responsabilidad de notificar a mis proveedores de atención médica de cualquier cambio en mi condición que puede requerir un cambio en mi plan de tratamiento.
6. Tengo la responsabilidad de ponerse en contacto con la clínica por lo menos 1 (una) semana antes de ejecutar de la medicación que se proporciona a través de la asistencia de DHC.
7. Tengo la responsabilidad de suministrar la documentación necesaria para recibir asistencia de medicamentos.

**DHC – NO TOMAR PASILLOS PARA RECARGAS DE MEDICAMENTOS!**  
*éido y totalmente de entender todos mis derechos y responsabilidades y se compromete a cumplir con los requisitos de DHC.*

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
DHC Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Intercambio de Información Médica HIE del *Diversity* Formulario de Consentimiento & Desistimiento del Paciente

El Intercambio de Información de Salud (HIE sigla en inglés) concede acceso a su historia clínica actual, al personal médico que participa en el cuidado de su salud. El objetivo de este consentimiento es establecer si Ud. quiere participar del Intercambio de Información de Salud del Diversity (HIE).

### Información del Paciente

---

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento(mes/día/año)

\_\_\_\_\_

Número de teléfono

### Consentimiento

---

\_\_\_ **Participación:** Otorgo permiso a los profesionales de la salud que participan en el Intercambio de Información de Salud (HIE) a través del *Diversity*, para obtener acceso a mi historia clínica completa (la cual puede incluir información documentada referente a expedientes psiquiátricos y a enfermedades de transmisión sexual inclusive, pero no limitada a VHI y SIDA), siempre que sea médicamente necesario.

\_\_\_ **Desistimiento:** No apruebo que ningún profesional médico tenga acceso a ninguna información de mi historia clínica a través del Intercambio de Información de Salud (HIE) del *Diversity*.

Usted puede desistir de su consentimiento en cualquier momento mediante su solicitud de cambio a su proveedor de salud participante del Intercambio de Información Médica (HIE) del *Diversity*.

Por la firma de este formulario, yo doy fe de que he leído y he comprendido mis opciones de consentimiento descritas en este documento. También entiendo que puedo desistir en cualquier momento mediante el diligenciamiento de un Nuevo formulario de consentimiento del paciente del Intercambio de Información de Salud del *Diversity* (Diversity HIE). Este consentimiento es solamente para establecer participación en el (HFHIE)

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o de su Representante Legal

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre en Imprenta del Representante Legal (Si es necesario)  
Legal

\_\_\_\_\_

Parentesco del Representante  
con el paciente.

Al firmar como representante legal del paciente certifico que el nombre del paciente es fidedigno, que soy Padre, Madre o Tutor Legal del Paciente, y que estoy autorizado para firmar este consentimiento en representación del Paciente.



DIVERSITY HEALTH CENTER

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - RESUMEN

Esta notificación describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. Lea cuidadosamente esta notificación.

Si tiene preguntas sobre esta notificación, comuníquese con la oficina del Director Ejecutivo de Diversity Health Center al 912--318-3971

## **Podemos utilizar y divulgar su información médica para:**

el tratamiento, el pago, las operaciones del cuidado de la salud, los recordatorios de citas, las alternativas de tratamiento, los beneficios y servicios relacionados con la salud, las actividades de recaudación de fondos, los directorios del hospital, las personas que participan de su cuidado o pagan su atención médica, la investigación, según lo requiera la ley, y para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad.

## **Las situaciones especiales en las que podemos divulgar su información incluyen:**

la donación de órganos y tejidos, para las fuerzas armadas/veteranos de guerra, la compensación de los trabajadores, los riesgos de la salud pública, las actividades de supervisión de la salud, juicios y disputas, el cumplimiento de la ley, los médicos forenses, los examinadores médicos, los directores de funeraria, las actividades de seguridad e inteligencia nacional, los servicios de protección para el presidente de los Estados Unidos y otros, y los pacientes hospitalizados.

**Los demás usos y divulgaciones de la información médica** no cubiertos por esta notificación o las leyes que tenemos que acatar sólo se realizarán con su permiso por escrito.

## **Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica que**

**conservamos:** el derecho a inspeccionar y copiar sus registros médicos, solicitar una corrección de sus registros médicos, solicitar un informe de las divulgaciones para cualquier divulgación fuera de las operaciones hospitalarias normales y/o solicitar las comunicaciones confidenciales de la atención que le brindemos. También tiene derecho a recibir una copia de esta notificación.

**Cambios a esta notificación:** podemos revisar esta notificación en cualquier momento e implementaremos dichos cambios a su información médica que conservemos a partir de esa fecha. Toda su información médica futura que se cree o reciba también estará sujeta a las revisiones de la notificación.

**Quejas:** si cree que BHA ha violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Brevard Health Alliance o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para presentar una queja ante Diversity Health Center, escriba a: Diversity Health Center, Inc., att. oficina del Director Ejecutivo P.O. Box 2120, Hinesville, GA 31310

## **¿Quién está sujeto a las regulaciones de esta notificación?**

- Todos los profesionales del cuidado de la salud que tengan autorización para ingresar información en su registro médico.
- Todos los departamentos, voluntarios y unidades de Diversity Health Center.
- Todos los empleados, el personal y otros trabajadores del cuidado de la salud que conformen la fuerza laboral de Diversity Health Center.
- Las entidades de prestadores que han celebrado un acuerdo organizado del cuidado de la salud con Diversity Health Center.

## **Nuestro compromiso con respecto a la información médica**

Comprendemos que su información médica y sobre su salud es privada; por lo tanto, tenemos el compromiso de proteger esta información. Esta notificación también le indicará las formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica.

**La ley nos obliga a** garantizar que la información médica que lo identifique sea confidencial, a entregarle a usted esta notificación de nuestros deberes legales y la práctica de privacidad con respecto a su información médica y a acatar los términos de la notificación en vigencia actualmente.





## Notificación de Políticas de Privacidad

### LAS PARTES QUE DEBEN ATENERSE A ESTOS PRINCIPIOS

- Cualquier empleado o voluntario del Diversity Health Center (DHC)
- Cualquier profesional de atención médica autorizado a ingresar información en su expediente médico
- Cualquier proveedor o entidad que haya firmado un Acuerdo de Atención Médica Organizada con el DHC
- Cualquier profesional de atención médica autorizado para acceder a su expediente médico

### NOSOTROS LEGALMENTE DEBEMOS:

- Asegurar de que cualquier información médica que lo identifique a usted se mantenga privada
- Proporcionarle a usted una notificación de nuestras obligaciones legales y políticas de privacidad referentes a la información médica concerniente a usted.
- Actuar de acuerdo con los términos de la notificación de privacidad que está actualmente en vigor

### NUESTRO COMPROMISO:

Nosotros estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de la información médica sobre usted y utilizar esa información sólo para atenderlo correctamente y compartir esa información sólo en la forma que exponemos en este documento.

### NOSOTROS PODRÍAMOS UTILIZAR Y DECLARAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

- *Para brindarle a usted tratamiento y servicios médicos* nosotros podríamos utilizar y compartir esta información con médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de atención médica involucrados en atenderlo a usted tanto dentro como fuera de nuestras instalaciones
- *Para asegurarnos de que el pago por el tratamiento y los servicios puede ser debidamente facturado a usted y el pago recibido por su persona* puede implicar el intercambio de su información médica y su información demográfica con los proveedores de seguros u otros proveedores de atención médica que pueden estar directamente involucrados en su tratamiento o plan de tratamiento. También podemos compartir su información médica con personas que pueden ayudarle con el pago de su atención.
- *Para administrar efectivamente nuestras instalaciones y asegurar una calidad de atención consistente*, esto puede incluir la evaluación y educación de nuestro personal o la determinación de la necesidad de servicios adicionales. También podemos combinar su información médica con la de otros pacientes con fines similares.
- *Para recordarle a usted las citas para el tratamiento en nuestras instalaciones o con otras personas que han sido dispuestas para participar en su tratamiento*
- *Para proporcionarle a usted recomendaciones sobre posibles opciones de tratamiento y para informarle sobre beneficios o servicios de salud que pueden ser de su interés*
- *Para informar a su familia o amigos de su condición médica o declarar su información médica a las organizaciones de ayuda humanitaria para que su familia pueda ser informada acerca de su condición y ubicación*, usted puede notificarnos si no desea que su nombre o condición sea dado a conocer a familiares o amigos.
- *Para proporcionarle a usted recomendaciones sobre posibles opciones de tratamiento y para informarle sobre beneficios o servicios de salud que pueden ser de su interés*
- *Para cumplir con leyes locales, estatales o federales.*
- *Para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad de otra persona o del*



público

## Notificación de Políticas de Privacidad

- Para facilitar su donación anteriormente reconocida o autorizada de órganos o tejidos
- Para cumplir con las regulaciones militares si usted es un miembro de las fuerzas armadas
- Para cumplir con la Compensación para Trabajadores o programas similares que proveen beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo
- Para facilitar las actividades de salud pública tales como:
  - el reporte de natalidad y mortalidad
  - la prevención de enfermedades o lesiones
  - el informe de abuso o negligencia de ancianos o niños o violencia doméstica
  - el reporte de problemas o reacciones de medicación
  - la notificación de retiros de productos
  - la notificación de otras personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad o condición o que puedan estar en riesgo de contraer o propagar dicha enfermedad o condición
- Para responder a una orden judicial o administrativa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para contactarlo a usted con respecto a la solicitud o para obtener una orden de protección respecto a la información solicitada
- Para denunciar un delito, para ayudar a localizar a un sospechoso o para localizar a una víctima o testigo material a los organismos encargados de hacer cumplir la ley
- Para determinar una causa de muerte o para facilitar el desempeño de sus funciones a los forenses, examinadores médicos o directores de funerarias
- Para apoyar actividades de seguridad nacional o inteligencia a los funcionarios federales autorizados
- Para facilitar la protección del Presidente de los Estados Unidos, de otras personas autorizadas o de jefes de Estado extranjeros.
- Para facilitar su tratamiento, proteger su salud, seguridad o la salud y seguridad de los demás si está bajo la custodia de un oficial de la ley o recluso en un centro correccional

Otros usos y declaraciones de información médica no cubiertos por esta notificación o por la ley requieren su permiso por escrito con anticipación, el cual puede ser revocado por usted por escrito en cualquier momento.

### **USTED TIENE DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA REFERENTE A USTED**

- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información médica utilizada en la decisión con respecto a su atención con la excepción de que las notas de psicoterapia serán excluidas. Si su solicitud es una copia de esta información, la solicitud debe ser por escrito, hecha al Director Ejecutivo del DHC y se le acreditará una tarifa por copiar la información. En circunstancias muy especiales, nosotros podemos negar su solicitud para inspeccionar y copiar su información médica. En el caso de que usted discuta este rechazo, el DHC seleccionará otro profesional licenciado de atención médica para revisar su disputa y el DHC cumplirá con los resultados de esa revisión.
- Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros modifiquemos su información médica si usted la considera incompleta o inexacta y dicha solicitud debe ser realizada por escrito al Director Ejecutivo del DHC. Podemos denegar su solicitud si usted solicita la enmienda de
  - Información completa y precisa
  - Información que no fue elaborada por el DHC
  - Información que no es retenida por el DHC o que no es información que a usted se le

## Notificación de Políticas de Privacidad

permitiría inspeccionar y copiar

- Usted tiene el derecho de solicitar una lista de declaraciones que nosotros hemos realizado de su información médica, excluyendo las declaraciones realizadas por nosotros referentes al tratamiento, el pago o las operaciones clínicas como se declaran en este documento. Mantendremos estas declaraciones por un período de seis años. Dicha solicitud debe realizarse por escrito al Director Ejecutivo del DHC.
- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones o limitaciones en la información médica que utilizamos o declaramos sobre usted, pero nosotros podemos estar en desacuerdo con esas restricciones. Sin embargo, cumpliremos con su solicitud si dicha solicitud se realiza por escrito describiendo la información que usted desea limitar, los límites que desee asignar al uso o la declaración de la información y a qué partes usted desea que se apliquen esas limitaciones.
- Usted tiene el derecho de solicitar que nos pongamos en contacto con usted de un modo o lugar seguro con el fin de proteger su privacidad.
- Usted tiene derecho a una copia impresa de esta notificación.

***Nosotros podemos revisar esta notificación en cualquier momento e implementaremos esos cambios a su información médica que está en nuestra posesión a partir de esa fecha. Cualquier información médica futura referente a usted que esté elaborada o recibida también estará sujeta a las revisiones de la notificación.***

***Si usted cree que el DHC ha violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Diversity Health Center o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante el Diversity Health Center, por favor, escriba a:***

***Director Ejecutivo  
Diversity Health Center  
Apartado Postal 1520  
Hinesville, GA 31310***