



Permiso para tratar a un menor en ausencia de los padres/del tutor

Yo, _____ soy el/la tutor(a) legal de _____, el/la menor cuya, fecha de nacimiento _____. Yo doy (favor de marcar una de las siguientes opciones):

Marque UNA OPCIÓN

- Permiso para que mi hijo(a) que tiene por lo menos 14 años de edad reciba tratamiento, se someta a procedimientos menores incluyendo procedimientos dentales (como empastes, extracciones, coronas, y limpiezas), extracciones de sangre, dar consentimiento para recibir vacunas, e inyecciones de medicamento en mi ausencia. Entiendo que recibiré comunicación sobre su plan de tratamiento o recomendaciones mediante un plan de pacientes escrito o electrónico, enviado a casa con él/ella o mandado por correo electrónico. Esta autorización seguirá en efecto a menos que se rescinda por escrito.
- Permiso a _____ (persona designada) para que acompañe a el o la niño(a) mencionado(a) arriba y permita que este(a) niño(a) reciba tratamiento, se someta a procedimientos menores incluyendo procedimientos dentales (como empastes, extracciones, coronas, y limpiezas), extracciones de sangre, dar consentimiento para recibir vacunas, e inyecciones de medicamento en mi ausencia. Esta autorización seguirá en efecto a menos que se rescinda por escrito.
- Permiso a _____ (persona designada) para que acompañe a el o la niño(a) mencionado(a) arriba y permita que este(a) niño(a) reciba tratamiento, se someta a procedimientos menores incluyendo procedimientos dentales (como empastes, extracciones, coronas, y limpiezas), extracciones de sangre, dar consentimiento para recibir vacunas, e inyecciones de medicamento en mi ausencia para el (los) siguiente(s) día(s) solamente : _____.

Nombre del padre/la madre o el tutor legal: _____

Firmado: _____

Fecha: _____

Dos testigos (personal de CCHCI) O Notario Público

Testigo: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Notario

Estado de Arizona

Condado de _____

Suscrito y juramentado (o ratificado) en mi presencia a los ____ días del mes de _____ del año 20____.

Notario Público

Nombramiento válido hasta el:



Forma de Registro del Paciente
(Por favor escriba con claridad)

Método de Contacto: Teléfono Mensajes de texto Mensaje de voz Idioma Preferido: Inglés Español Otro: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	segunda inicial	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:
			/ /	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)
Nombre Preferido:				<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viuda
No. Telef. Primario:	No. Telef. Alternativo:	Dirección de correo electrónico:		
()	()			

Veterano:	Género al Nacer:	Género Actual:	Pronombre Preferido:	Identidad de Género:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Masculino a Femenino/Transeguro-Femenino
Orientación Sexual:				<input type="checkbox"/> Femenino a Masculino /Transeguro-Masculino
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana, Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Género sin preferencia/ no ser exclusivamente
<input type="checkbox"/> No se	<input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Otro: Favor de especificar

Raza: (Marque todas las que apliquen)	Etnia:	¿Cuál es su condición de vivienda ahora?	¿Es indigente?
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Con compañero de vivienda ahora	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Con hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		<input type="checkbox"/> Hogar transitorio <input type="checkbox"/> Elijo no contestar	

Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Dirección residencial:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Padre / Tutor Legal (s)

Apellido del Padre/Tutor	Primer Nombre:	Segunda Inicial:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco:
			/ /	
			/ /	

Domicilio (si es diferente):

Favor de contestar las siguientes preguntas

Durante el año pasado, ¿cuál es el total de ingresos combinados de usted y los familiares con los que habita? Esta información nos ayuda a determinar si usted es elegible para beneficios. Aún cuando usted tenga seguro médico privado, puede calificar para nuestro programa de descuento "Sliding Fee Discount Program" para descuentos adicionales: Ingreso anual \$ _____ Elijo no contestar esta pregunta

¿Cuántos familiares, incluyéndose a usted, habitan en su vivienda actualmente?: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR A:

Nombre:	Parentesco con el Paciente:	No. Telef. Primario:	No. Telef. Alternativo:
		()	()
		()	()

Es política de CCHCI tratar únicamente con el paciente la información médica detallada, a menos de que se indique lo contrario. Por favor enliste los nombres de las personas que tengan su autorización para que nuestro personal les revele su información médica. Para nadie, por favor marque aquí: Nadie

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
		()
		()
		()

Certifico que la información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta a mi mejor entender. Se me dio la oportunidad de revisar y recibir una copia del Aviso de las Prácticas del Paciente & Derechos y Responsabilidades del Paciente.

_____/_____/_____
Firma Paciente/Tutor Legal _____/_____/_____
Fecha



Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

de Registro Medico _____

HISTORIAL MEDICO PREVIO

Favor de completar la siguiente información: si tiene alguna pregunta, no dude en preguntarnos.

MEDICO

Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:
Acné	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	EPOC	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coronariopatía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TEPT	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lípidos Elevados	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escoliosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colecistopatía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastorno Convulsivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reflujo Gástrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Muerte Infantil Súbita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estrabismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Embolia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Coágulos Sanquíneos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastorno de Válvula Cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Tiroidea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis/Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infección Urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Arritmia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Autoinmune:	_____
Contusión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer:	_____
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	OTRO:	_____

HISTORIAL QUIRURGICO

Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:
Angioplastia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Liberación de Túnel Carpiano	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prótesis Articular	_____
Apendectomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Extracción de Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reemplazo de rodilla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugía de la espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colecistectomía (Vesícula)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	LASIK	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ligadura Tubárica Bilateral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colectomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mastectomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colostomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Miomectomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aumento/Reducción de Busto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirugía Dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ORIF	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugía de Revascularización Coronaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bypass Gástrico/Manga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiroidectomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cesárea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reparación de Hernia/Umbilical	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigdalotomía/Adenoides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Marcapaso Cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Histerectomía/parcial/completo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	OTRO:	_____

Historial Medico Familiar

Por favor liste solo Madre, Padre, Hermanos, Abuelos Tíos y Tías cercanos.

Adoptado No Historial Familiar Desconocido

Tipo:	Familiar:	Tipo:	Familiar:	Tipo:	Familiar:
TDA/TDAH	_____	Depresión	_____	Enfermedad Mental	_____
Alcoholismo	_____	Retraso en el Desarrollo	_____	Miagrañas	_____
Alergias	_____	Diabetes	_____	Obesidad	_____
Enfermedad Alzheimer	_____	Eccema	_____	Osteoporosis	_____
Artritis	_____	Lípidos Elevados	_____	Enfermedad Vascul Periférica	_____
Asma	_____	Enfermedad Genética	_____	Enfermedad Renal	_____
Enfermedad de la Sangre	_____	Deficiencia Auditiva	_____	Trastorno Convulsivo	_____
Cáncer	_____	Hipertensión	_____	Embolia	_____
Enfermedad Cardiovascular	_____	Síndrome del Intestino Irritable	_____	Enfermedad Tiroidea	_____
Coronariopatía	_____	Discapacidad del Aprendizaje	_____		

ALERGIAS & REACCIONES

Si es alérgico a un medicamento o comida, favor de especificar

Medicamento/Comida	Reacción
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTO

Nombre de la Farmacia de su preferencia: _____

Ubicación de la Farmacia: _____

Lista de medicamentos que esta tomando y las dosis: (ejemplo: Aspirina 25mg)

Nombre del Medicamento:	Unidades:	Nombre del Medicamento:	Unidades:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MRN: _____

¡Bienvenido! Gracias por elegir a Chiricahua Community Health Centers, Inc. (en lo sucesivo CCHCI) como su proveedor de atención médica/dental. Nuestro objetivo es brindarles a usted y a su familia una atención óptima. Queremos que se sienta a gusto y lo más cómodo posible mientras dure nuestra relación. Le recomendamos que haga preguntas, que participe en las decisiones relativas a los tratamientos y que entienda sus beneficios de seguro. Esto incluye entender su plan de tratamiento, así como también nuestra política financiera.

_____ (Coloque sus iniciales aquí) Como la parte responsable del aspecto financiero de los servicios, entiendo y acepto las siguientes condiciones de pago.

Durante el año pasado, ¿cuál es el total de ingresos combinados de usted y los familiares con los que habita? Esta información nos ayuda a determinar si usted es elegible para beneficios. Aún cuando usted tenga seguro médico privado, puede calificar para nuestro programa de descuento "Sliding Fee Discount Program" "para descuentos adicionales: Ingreso anual \$ _____ Elijo no contestar esta pregunta
¿Cuántos familiares, incluyéndose a usted, habitan en su vivienda actualmente?: _____

Condiciones de Pago de los Servicios Dentales

Pacientes sin cobertura de seguro

Los pacientes que no están inscritos en el Programa de descuentos variables según los ingresos (Sliding Fee Discount Program, SFDP) deben pagar el 70 % de la total estimado por el tratamiento proporcionado al momento de la prestación del servicio.

Pacientes con cobertura de seguro

Los pacientes que no están inscritos en el Programa de descuentos variables según los ingresos (SFDP) deben pagar el 65 % del total estimado del coseguro o del deducible del paciente por el tratamiento proporcionado al momento de la prestación del servicio. *Se debe pagar la totalidad de los copagos y los honorarios al momento de la prestación del servicio.*

Incentivo por pronto pago

Si se paga el 75 % de los cargos **TOTALES** estimados antes de recibir los servicios, se considerará que los cargos se han pagado en su totalidad.
Además, entiendo que habrá un cargo extra por cualquier procedimiento adicional que **NO** esté incluido en el plan de tratamiento original.

Condiciones de Pago de los Servicios Médicos

Pacientes sin cobertura de seguro

Los pacientes que no son elegibles para el Programa de descuentos variables según los ingresos (SFDP) deben pagar \$80 al momento de la prestación del servicio.

Pacientes con cobertura de seguro

Se requiere el pago total de todos los montos de copago, deducible o coseguro adeudados, y de cualquier cobertura que no se pueda verificar al momento de la prestación del servicio.

Incentivo por pronto pago

Se debe pagar un cargo de \$85 al momento de la prestación del servicio. Los servicios que **NO** están cubiertos son:

- Medicamentos recetados
- Servicios de radiología
- Servicios de laboratorio enviados a un laboratorio externo
- Servicios que no son provistos directamente por un proveedor de CCHCI

Condiciones de Pago Adicionales

Opciones de Pago

Aceptamos Visa, MasterCard, Discover, American Express, cheques y dinero en efectivo para el pago del monto adeudado. Si desea obtener más información sobre el SFDP, consulte con uno de nuestros recepcionistas.

Saldos Pendientes

Antes de la prestación de los servicios, se debe pagar el total de todos los saldos pendientes, o se debe haber acordado un plan de pago. Se puede negar la prestación de un servicio si la cuenta presenta alguna deuda. Entiendo que soy el responsable en última instancia de todos los cargos generados por mi tratamiento o por los servicios prestados. Todos nuestros proveedores prestarán servicios basándose en las pautas recomendadas para su salud y no en función de su cobertura de seguro.



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MRN: _____

Registración: Todos los pacientes deben completar nuestro nuevo formulario de información del paciente, el cual será ingresado en nuestro sistema para tener información precisa para una facturación correcta. Debemos de tomar copia de su licencia de manejo y la tarjeta de su seguro médico vigente. Si usted no provee toda la información correcta, o su seguro cambia y usted no nos notifica a tiempo, usted puede ser el responsable de pagar el monto restante de su reclamo. La mayoría de las compañías de seguros médicos tienen restricciones de tiempo para tramitar reclamos; si no reciben un reclamo dentro de treinta (30) días después del día del servicio, puede ser que el pago sea inelegible y usted será el responsable de pagar el monto restante.

Planes de Tratamiento por Servicios Dentales: Usted entiende que si Chiricahua Community Health Centers, Inc. tiene recomendaciones de tratamiento para usted, usted recibirá una lista detallada del tratamiento recomendado. Además, en esa lista encontrará una estimación de los cargos que deberá pagar por el tratamiento recomendado. Si usted cuenta con un seguro dental, el plan de tratamiento puede incluir una estimación adicional con un cálculo de lo que puede llegar a pagar su compañía de seguros de los honorarios correspondientes a su tratamiento. Usted entiende que las estimaciones del plan de tratamiento no son una garantía de pago del seguro y que usted es responsable en última instancia de todos los cargos generados por su tratamiento.

Pagos: A menos que aprobemos y registremos otra opción por escrito, el saldo de su factura vence y deberá pagarse al momento de la emisión de la factura.

Seguro: El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Le facturaremos a su compañía de seguros como una cortesía con usted. Tenga en cuenta que la prestación de los servicios no se realiza bajo el supuesto de que la compañía de seguros nos pagará. Usted es el responsable en última instancia del pago por todos los cargos generados por su tratamiento. Si su compañía de seguros no paga su reclamación en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha en que se preste el servicio, usted deberá pagar el monto total. Le reembolsaremos sin demora cualquier pago de seguro que recibamos, en el caso de que usted ya haya pagado el saldo de su cuenta. Usted es responsable de informarnos de cualquier cambio en su cobertura de seguro.

Cuentas Vencidas: Si su cuenta está vencida, tomaremos todas las medidas necesarias para cobrar la deuda. Si tenemos que recurrir a una agencia de cobranzas, usted acepta pagar todos los costos de cobranza en los que se incurra. Si tenemos que recurrir a un abogado para cobrar el saldo, usted acepta pagar todos los honorarios del abogado en los que incurramos, además de todos los gastos judiciales. En caso de juicio, usted acepta que la jurisdicción sea el condado de Cochise, Arizona.

Exoneración de Confidencialidad: Usted entiende que, si esta cuenta se remite a un abogado o a una agencia de cobranzas, si tenemos que litigar en un tribunal o si informamos su estado de morosidad a una agencia de información crediticia, el hecho de que usted haya recibido tratamiento en nuestro consultorio puede pasar a ser un registro público.

Cheques Rechazados: Se cobrará una comisión de (\$25, al día de hoy) por cualquier cheque rechazado por el banco.

Revelar Información a la Seguradora: Usted autoriza a que Chiricahua Community Health Centers, Inc. revele cualquier información solicitada por la aseguradora y autoriza el pago directo a Chiricahua Community Health Centers, Inc. por cualquier beneficio disponible según su plan de seguro.

Divorcio: En caso de divorcio o separación, la parte responsable de la cuenta antes del divorcio o la separación sigue siendo responsable de la cuenta. Después de un divorcio o una separación, el progenitor que autoriza el tratamiento de un hijo será responsable de los cargos posteriores. Si la sentencia de divorcio establece que el otro progenitor pague la totalidad o una parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad del progenitor que autoriza el tratamiento cobrarle al otro progenitor el monto correspondiente.

Consentimiento para tratar:

*** Este es un acuerdo entre Chiricahua Community Health Centers, Inc. Y el paciente o tutor legal mencionado en este formulario. Al firmar este acuerdo, usted accede a recibir tratamiento de parte del personal y de CCHCI, y acepta pagar todos los servicios prestados. Una vez que haya firmado este acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones incluidos en este documento y el acuerdo tendrá plena vigencia.**

Nombre de la Parte Responsable (IMPRIMIR)
(Paciente o Padre/Tutor legal si el paciente es un menor): _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____



Liberación de información

USO AUTORIZADO SOLAMENTE

Mailed Patient Paid Hand Carried Verbal consent

Faxed CD Alert Created PHI Log

Date Entered: _____ Completed By: _____

Page Count: _____ Certified Mail #: _____

Nombre completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número telefónico: _____
 Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Obtener información de o proveer información a:

Esto autoriza a:

Persona/Proveedor: _____ Persona/Proveedor: **Chiricahua Community Health Centers Inc.**
 Dirección: _____ Dirección: **1205 F Ave., Douglas, AZ 85607**
 Número de Fax: _____ Número de Fax: **520-515-8690**
 Número telefónico: _____ Número telefónico: **520-364-6862**

Permisos Generales: Médicos Dentales

<input type="checkbox"/> Expedientes de los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Todos los expedientes (Solo 2 años, a menos que otras fechas se especifiquen)
<input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio: Fechas _____ (a) _____	<input type="checkbox"/> Rayos X: Fechas (de) _____ (a) _____
<input type="checkbox"/> Otra (Sea específico): _____	

No más de 50 páginas vía fax. Si hay más de 50 páginas, por favor envíe por correo

Permisos especiales:

Servicios de Salud Mental o de Comportamiento

Todos los expedientes de salud mental/del comportamiento/psicoterapia

Solo expedientes de psicoterapia

Quiero revisar estos expedientes antes de liberarlos. Entiendo que mi revisión será supervisada en el Departamento de Administración de Información de Salud.

No autorizo a liberar la información
Tome en cuenta: La ley de Arizona permite que CCHCI comparta esta información dentro de su organización con otros proveedores de salud a fin de coordinar su cuidado con paciente.

Drogas/Alcohol/Terapia Asistida con Medicamento

Incluir todos los expedientes de Terapia Droga/Alcohol/Terapia asistida con Medicamento

Solo incluir la información específica:

- Apuntes clínicos y Resumen del Alta Médica (incluyendo apuntes de la terapia)
- Resultados de los exámenes de diagnóstico de laboratorio u otros
- Resultados de Evaluación/Pruebas

No autorizo a liberar la información

Información de VIH/SIDA

Incluir esta información en la autorización

No autorizar la liberación de esta información

Propósito de la liberación de información:

Por encargo del individuo para la transferencia de cuidados de salud

Por encargo del individuo para la coordinación de cuidados de salud

Consentimiento verbal permitido por el paciente o representante

Entiendo que mi expediente de trastorno de uso de sustancias es protegido bajo la ley federal, incluyendo las regulaciones gubernamentales federales de los records de confidencialidad del trastorno de uso de sustancias, **42 C.F.R. Parte 2**, y **Norma de Confidencialidad de la Ley de Portabilidad del Seguro Médico y Responsabilidad (HIPPA), 45 C.F.R. Partes 160 and 164** y no puede ser divulgado sin mi consentimiento escrito a meons que así lo permitan las regulaciones correspondientes. Entiendo que pueden ser negados servicios si reuso dar la autorización para el propósito de tratamiento u operaciones de cuidado médico.

Entiendo que tengo **el derecho de revocar la autorización** en cualquier momento. Entiendo que si revoco la autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que la revocación no aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que las evocaciones no aplicarán a compañías de seguro cuando la ley provee a mi seguro con el derecho de contestar un reclamo bajo la póliza. Al menos que sea revocada, esta autorización tendrá como fecha de vencimiento: _____ / _____ / _____, o si no da una fecha específica, **la autorización se vencerá en (1) un año.**

Entiendo que al dar la autorización de esta información de salud es voluntaria. Puedo reusarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar este formulario para poder asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o pedir copias de la información usada en la autorización, así como lo indica CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva a una potencial re divulgación no autorizada y la información puede que no este protegida por las reglas de confidencialidad federales. Si tengo preguntas sobre l autorización de la información de mi salud, puedo contactar al Departamento de Administración de Información de Salud.

Firma del Paciente/Padre o Tutor _____ Parentesco con el Paciente _____ Fecha _____

Testigo _____ Puesto _____ Fecha _____



A. Lista de los Familiares directos que residen en su hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion al Cliente	Estado Civil	Elegible Para 7 Dias	Número de expediente médico	Elegible para Med/Den
# <i>Jane FMP Doe</i>	<i>02/30/2000</i>	<i>EJEMPLO</i>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<i>123</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
1		YO MISMO	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input checked="" type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
2			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
3			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
4			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
5			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
6			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
7			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
8			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A
9			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Den <input type="checkbox"/> N/A

B. Información sobre los ingresos:

Persona Recibiendo Ingresos Cantidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro	Persona Recibiendo Ingresos Cantidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro
Empleador / Fuente de Ingresos _____ # teléfono _____	Empleador / Fuente de Ingresos _____ # teléfono _____
Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____	Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

C. Declaración Personal:

Nombre del solicitante _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____	Dirección _____ (_____) _____ - _____ # Teléfono _____
<p>Yo verifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.</p> <p>Hay _____ adultos y _____ niños en mi hogar.</p>	
Soy: <input type="checkbox"/> Trabajador Agricola <input type="checkbox"/> Sin Hogar	
Firma: _____ Firma del representante: _____	Fecha: ____/____/____ Fecha: ____/____/____

D. Uso de Oficina Solamente:

1. Annual Income: \$ _____	2. HH Size: _____	3. FPL: _____ %	4. Payer Assigned: <input checked="" type="checkbox"/> 1yr. SFDP <input type="checkbox"/> 7 Day SFDP <input type="checkbox"/> 340B
5. Eff. Date: ____/____/____	6. Exp. Date: ____/____/____	7. MR # _____	8. Employee Name: _____



Farm Worker Definition:

People who work, or have worked, within the **last two years** in agriculture. This includes the workers' **family members**. Agriculture means farming in all its branches including: **Horticulture, Aquaculture, Animal Husbandry, Packing and Delivery** to a location for sale or processing.

Examples of Agriculture Workers in Cochise County:

Fiesta Canning, Coronado Farms, NatureSweet, FICO, The Pharm, Pistachios, Pecans, Grapes, or other fields.

Excluded Trasks: Meat and Meat Products Industries, Horse Racing, Landscaping, Trucking or Timber Industry

1. Have you or a family member worked in these areas in the last two years?

- a. Preparing Soil Seeding Planting Canning Preserving Not Applicable
- b. Transporting Feeding Milking Caring for Farm Animals

2. Are you Retired or Disabled from working in Agriculture? _____

Farm worker Categories:

Section 330g of Public Health Service Act has two definitions for farm workers.

Please mark which one applies for you or your family member:

1. **Migrant Worker:** your **principal employment**, in the **last 24 months**, is in agriculture, and you **established a temporary home** for the purpose of such employment.
2. **Seasonal Worker:** means your **principal employment** in the **last 24 months**, is in agriculture, you work on a **seasonal basis**, and you have **not established a temporary home** in order to work in agriculture.

Definición de Trabajador Agrícola

Personas que trabajan o han trabajado en los **últimos dos años** en agricultura. Esto incluye, la **familia** del trabajador. Agricultura significa las siguientes áreas: **horticultura, acuicultura, cría de animales, empaque y transportacion para venta o procesamiento.**

Ejemplos de Empleos Agrícolas en el Condado de Cochise:

Fiesta Canning, Coronado Farms, NatureSweet, FICO, The Pharm, Pistachos, Nueces, Uva y otros campos.

No Incluye: Proceso/empaque de carnes, carreras de caballos, jardinería, camiones e industria maderera

1. ¿Ha trabajado usted o un miembro de su familia en estas áreas en los últimos dos años?

- a. Preparación de la tierra Sembrar Plantar Empacar Conservar no aplica
- b. Transportar productos Alimentación Ordeña Cuidado de animales de granja

2. ¿Está jubilado o discapacitado por trabajar en el campo? _____

Categorías de trabajadores agrícolas

La Sección 330g de la Ley del Servicio de Salud Pública tiene dos definiciones para los trabajadores agrícolas, **Por favor conteste lo que aplique a usted y/o su familia**

3. **Trabajador Migrante: Principal empleo**, en los últimos **24 meses**, fue en agricultura, y tiene un **hogar temporal** para ese trabajo
4. **Trabajador Estacional: Principal empleo** en los últimos **24 meses**, fue en agricultura, y es **por temporadas**, y no tienen un hogar temporal y para su trabajo.

Patient's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ MRN: _____



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes

Prácticas de Privacidad del

Paciente Este aviso describe sus derechos como paciente de Chiricahua Community Health Centers, Inc. (CCHCI) y este aviso es cumplido por nuestro personal bajo La Ley Federal de Portabilidad y responsabilidad del seguro médico, (HIPPA) Noticia de prácticas privadas para proteger la información médica. Este aviso también describe como su información de salud puede ser usada o divulgada y como usted puede tener acceso a esta información.

Favor de leer cuidadosamente.

Comprender su información médica/sus registros médicos

Lo que se encuentra en su registro de atención médica y la manera en que se usa su información médica le permite: garantizar su exactitud; comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden acceder a su información médica, y a tomar mejores decisiones fundamentadas cuando tenga que autorizar la divulgación de su información a otras personas.

Cada vez que visita una de nuestras Clínicas, se realiza un registro de su visita. Este registro incluye pero es limitado síntomas, los resultados de sus análisis y exámenes, los diagnósticos, el tratamiento y un plan de atención o tratamiento futuro. Esta información referida a usted como su récord médico, puede ser usado o compartido por nuestra practica por las siguientes razones:

- Como base para la planificación de su atención y tratamiento.

- Como un medio de comunicación entre los profesionales de la salud incluyendo proveedores de salud medica /mental y coordinadores clínicos de cuidado que contribuyen a su atención dentro y fuera de CCHCI.
- Como un documento legal que describe la atención que le brindamos.
- Como un registro donde usted o un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados fueron servicios realmente prestados.
- Como una herramienta educativa para los profesionales de la salud.
- Como una fuente de datos para investigaciones médicas.
- Como una fuente de información para funcionarios de la salud pública que estén a cargo de mejorar la salud de este condado, del estado y del país.
- Como una herramienta a la que podamos evaluar y con la que podamos trabajar de manera continua a fin de mejorar la atención que prestamos y los resultados que obtenemos.
- Para proporcionarle información sobre las alternativas adicionales de tratamientos y otros beneficios relacionados con la salud.
- Podemos usar su información como recordatorio de citas, según se define en la sección de “consentimiento” en la forma de registración.

Sus derechos relativos a la información médica:

Si bien su registro médico es la propiedad física de esta

organización, la información incluida le pertenece. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de este “Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes”.
- Derecho a solicitar una enmienda a su historial médico. Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corriamos. Tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea almacenada por CCHCI. Para solicitar una enmienda, obtenga una forma de enmienda/corrección de su expediente médico de cualquier miembro del personal; complete y regrese la petición al Gerente de Riesgos de CCHCI. Podemos negar su petición de una enmienda si su petición no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar o negar parcialmente su petición si nos pide que corriamos la información que: No hayamos creado, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda, no sea parte de la información de salud que guardamos, no se le permitiría inspeccionar y copiar, o si es exacta y completa. Si negamos o denegamos parcialmente su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una refutación y solicitar que la refutación forme parte de su expediente médico. Su refutación debe tener una extensión de 10 páginas o



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes

menos y tenemos el derecho de presentar una refutación que responda a la suya en su registro médico. También tiene derecho a solicitar que todos los documentos relacionados con la solicitud de enmienda (incluida la refutación, se transmitan a cualquier otra parte en cualquier momento en que se divulgue esa parte del registro médico.

- Inspeccionar y/o recibir una copia impresa o electrónica de su registro médico emitida electrónicamente, según lo establecido en el Título 45 del Código de reglamentaciones federales (Code of Federal Regulations, CFR), Sección 164.512 y el Título 45 del CFR, Sección 164.524, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- Si se aprueba su solicitud de inspeccionar o recibir una copia de su expediente médico, nos pondremos en contacto con usted y le proporcionaremos acceso supervisado a su expediente médico. Le proporcionaremos una copia o un resumen de la información de su atención médica, dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en los costos. En ciertas situaciones, como, por ejemplo, si proporcionar acceso causara daño, podemos negar el acceso. Usted no tiene derecho de acceso a lo siguiente:
Notas de salud mental o psicoterapia. Dichas notas

comprenden las que son grabadas en cualquier medio por un profesional de la salud mental que documenta o analiza una conversación durante una sesión de asesoramiento privada o una sesión de asesoramiento de grupo, conjunta o familiar y que están separadas del resto de su historial médico.

Información recopilada con una anticipación razonable o para su uso en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos.

PHI (información de salud protegida) que está sujeta a las Enmiendas de Mejora de Laboratorios Clínicos de 1988 ("CLIA"), 42 U.S.C § 263a, en la medida en que la provisión de acceso al individuo estaría prohibida por la ley.

Es razonablemente probable que la información obtenida de alguien que no sea un profesional de la salud con la promesa de confidencialidad y el acceso solicitado revele la fuente de la información.

En otras situaciones, el proveedor puede negarle el acceso, pero, si lo hace, debe proporcionarle una revisión de la decisión de denegar el acceso. Entre los motivos "revisables" de la denegación figuran los siguientes:

Un profesional de la salud con licencia ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que es razonablemente probable que el acceso ponga en peligro la vida o la seguridad física del individuo o de otra persona.

- Si usted decide utilizar el Portal de Paciente, usted es responsable por mantener la confidencialidad de su cuenta y contraseña y de restringir el acceso a su cuenta, y usted se compromete a aceptar la responsabilidad de todas las actividades que ocurran bajo su cuenta. No vender o alquilar o compartir información de identificación personal recopilada durante su uso del Portal de Paciente sin su permiso. Una política de privacidad del Portal de Paciente completa está disponible en el sitio web de NextGen Portal de Paciente.
- Obtener una lista detallada de las divulgaciones de su información médica. Tiene derecho a solicitar "Declaraciones de contabilidad". Esta es una lista de declaraciones que adquirimos de su información médica sobre usted para propósitos además de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, cuando específicamente se autorizó por usted a limitar el número de circunstancias especiales involucrando seguridad nacional, instituciones correccionales y orden público. Para obtener esta lista, debe solicitar una petición por escrito al oficial de privacidad. Debe indicar un periodo de tiempo, el cual no debe ser mas de 6 años. Su petición debe indicar que tipo de forma usted quiere su lista (por ejemplo, impresa o electrónica). La primera lista que usted solicite dentro de 12



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

meses será gratis. Para listas adicionales, puede que le cobremos para darle su lista. La notificaremos con el costo involucrado y usted podrá decidir si se retira o quiere modificar su solicitud antes de que ocurra cualquier costo.

- Solicitar comunicaciones confidenciales sobre su información médica por medios alternativos o en sitios alternativos.
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información. El derecho a una petición de restricción no se extiende al uso y divulgaciones permitidas o requeridas bajo la subsección §§164.512 (usa y divulga requerida por la ley, para el informe obligatoria de enfermedades), en estos casos, usted no tiene derecho a solicitar la restricción de cierta información para los planes de salud si ya pagó por la totalidad de estos servicios de su bolsillo.
- Revocar su autorización para usar o divulgar la información médica, excepto en la medida en la que ya se haya llevado a cabo alguna acción.
- Usted tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones para actividades de recaudación de fondos organizadas por esta práctica.

CCHCI si participara en la Notificación de Prácticas de Información de Salud (HIO Notice) como acordado en 42CFR parte 2. CCHCI está autorizado a divulgar todo o parte de su expediente, incluyendo sin limitación, información relacionada con abuso

de sustancias, psiquiátrico, VIH y otra información, con arreglo a las leyes aplicables federales, estatales y otros incluyendo HIPAA. Algunos de sus datos de salud se enviarán Health Current , *al menos que se niegue por escrito.*

Nuestras responsabilidades

Nosotros debemos cumplir con lo siguiente:

- Mantener la privacidad de su información médica, según lo definen las leyes estatales y federales.
- Proporcionarle este aviso, respecto de nuestras responsabilidades legales y las prácticas de privacidad con relación a la información que recopilamos y conservamos sobre usted.
- Notificarle si hubo algún incumplimiento en lo que respecta a su información de atención médica protegida.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y de establecer la vigencia de las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que conservamos. Si se modifican nuestras prácticas sobre la información, publicaremos las modificaciones en nuestra área de recepción. Le proporcionaremos una versión corregida del “Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes”, si lo solicita.

Para informar un problema

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados puede someter su queja al llamar a nuestra línea directa 1-520-515-

Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes

8662

ext 7599 o en Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos en: Office for Civil Rights Region X U.S. Department of Health and Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121 (206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD). NO habrá represalias por someter su queja.

Tratamiento, pago y procedimientos de atención médica:

Tratamiento: La información obtenida por un miembro de nuestro equipo de atención médica quedará archivada en su registro y se usará para determinar el tratamiento que creemos es el mejor para usted. Es posible que también compartamos copias de su información de atención médica con otras personas que participan en su tratamiento, a fin de ayudarlas a tratarlo.

- **Pago:** Se le enviará una factura a usted o a un tercer pagador. La información que se encuentra en la factura o que la acompaña a esta puede incluir información que lo identifique, como también su diagnóstico, los procedimientos e servicios usados.
- **Procedimientos de atención médica:** Es posible que los miembros del personal médico usen o divulguen la información incluida en su registro médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y de otros casos similares. Es posible que esta información se use en un esfuerzo por mejorar de manera continua la calidad y



Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes

eficacia de la atención médica y del servicio que proporcionamos.

- **Asociados comerciales:** Existen algunos servicios que son provistos a nuestra organización a través de contratos con uno o varios asociados comerciales. Cuando se contratan estos servicios, es posible que debamos usar o divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales, a fin de que puedan realizar el trabajo para el cual los hemos contratado. La Ley HIPAA ahora exige que los asociados comerciales protejan su información médica de la misma manera que lo hacemos nosotros. Por lo tanto, esta práctica exige que los asociados comerciales, sus agentes, subcontratistas y representantes firmen un “Acuerdo de asociado comercial”, que protege y asegura su información médica, según lo exigen las leyes estatales y federales.
- **Notificación:** Es posible que usemos o divulguemos información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención, ubicación y estado general. (Según lo estipulado por la ley estatal y federal, y según lo establecido en la página de “consentimiento” en la sección del paciente en el formulario de registro).
- **Comunicación con la familia:** Nuestros profesionales de atención médica, según su propio criterio, pueden divulgar a un familiar, otro pariente, amigo personal

cercano o a cualquier otra persona que usted indique, la información médica que sea relevante en lo que respecta a la participación de dicha persona en su atención o al pago relacionado con su atención, según lo exige la ley estatal y federal.

- **Investigación:** Podemos divulgar información a investigadores, cuando una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica haya aprobado su investigación. Esta información no incluirá datos identificatorios.
- **Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA):** Es posible que divulguemos ante la FDA información médica relacionada con eventos adversos en lo que respecta a información sobre alimentos, suplementos, productos y defectos en los productos o supervisión posterior a la comercialización, a fin de permitir el reemplazo, la reparación o la retirada del mercado de tales productos.
- **Compensación por accidentes de trabajo para los trabajadores:** Es posible que divulguemos información médica en la medida que se encuentre autorizado y sea necesario para el cumplimiento de las leyes relacionadas con la compensación por accidentes de trabajo para los trabajadores o con otros programas similares establecidos por la ley.

- **Salud pública:** Es posible que divulguemos su información médica o legal ante las autoridades de salud pública o legal que se encuentren a cargo de evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, según lo exija la ley.
- **Institución penitenciaria:** Si usted es un recluso en una institución penitenciaria, es posible que divulguemos ante la institución o ante sus agentes, información médica necesaria para su salud, y la salud y seguridad de otras personas.
- **Cumplimiento de la ley:** Es posible que usemos o divulguemos su PHI, según lo exija la ley o una orden judicial emitida por un tribunal.
- **Abuso y violencia doméstica:** Según lo exija la ley estatal y federal, y a nuestro criterio profesional, es posible que divulguemos ante las autoridades estatales o federales correspondientes, información de atención médica relacionada con casos de abuso o violencia doméstica posibles o confirmados.
- **Autorización:** No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización o la autorización de su representante legal por escrito relativa a lo siguiente: notas de psicoterapia, estado de VIH/SIDA, registros sobre alcoholismo o drogadicción, información con fines comerciales, divulgaciones que constituyen la venta de su PHI u otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso.



Es política de Chiricahua Community Health Centers, Inc. (CCHCI), definir claramente los derechos (según el Título 9, Capítulo 10, Artículo 10 del Código Administrativo de Arizona) y responsabilidades de nuestros pacientes.

- A. Un Administrador garantizará que:
1. Los requisitos de la subdivisión (B) y los derechos del paciente en subdivisión (C) sean claramente visibles en las instalaciones;
 2. En el momento de admisión, el paciente o el representante del paciente reciba una copia por escrito de los requisitos en subdivisión (B) y los derechos de los pacientes en subdivisión (C); y
 3. Políticas y procedimientos sean establecidos, documentados y puestos en práctica para proteger la salud y seguridad del paciente lo cual incluye:
 - a. Cómo y cuando el paciente o el representante del paciente es informado de los derechos del paciente en la subdivisión (C); y
 - b. Donde se anuncian los derechos como lo requiere la subdivisión (A) (1).
- B. Un administrador garantizará que:
1. El paciente sea tratado con dignidad, respeto y consideración;
 2. El paciente no sea sometido a:
 - a. Abuso;
 - b. Negligencia;
 - c. Explotación;
 - d. Coerción;
 - e. Manipulación;
 - f. Abuso Sexual;
 - g. Agresión sexual;
 - h. Excepto lo permitido en R9-10-1012(B), restricción o reclusión;
 - i. Represalias por someter una queja al Departamento u otra entidad; o
 - j. Apropiación indebida de propiedad personal y privada, por un miembro del personal del centro de tratamiento ambulatorio, empleado, voluntario o estudiante; y
 3. El paciente o representante del paciente:
 - a. Excepto en caso de emergencia, autoriza o rechaza tratamiento;
 - b. Puede negar o retirar su consentimiento antes de que se inicie el tratamiento;
 - c. Excepto en caso de emergencia, se le informe de las alternativas al medicamento psicotrópicos propuestos o procedimiento quirúrgico y los riesgos asociados y posibles complicaciones de un medicamento psicotrópico propuesto o procedimiento quirúrgico;
 - d. Sea informado de lo siguiente:
 - i. La política del centro de tratamiento ambulatorio sobre cuidado de salud, y
 - ii. El procedimiento de quejas del paciente;
 - e. Consentimiento para fotografías del paciente antes de que el paciente sea fotografiado, con la excepción de que el paciente pueda ser fotografiado cuando se ingrese a un centro de tratamiento ambulatorio para identificarlo y para fines administrativos; y
 - f. A excepción de lo que esté permitido por ley, brinda consentimientos por escrito para proporcionar información del paciente en:
 - i. Expedientes médicos, o
 - ii. Registros financieros.



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Derechos y Responsabilidades Del Paciente

C. El paciente cuenta los siguientes derechos:

1. No ser discriminado por motivos de raza, nacionalidad de origen, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;
2. Recibir tratamiento que apoya y respeta la individualidad, decisiones, fortalezas y habilidades
3. Recibir privacidad en su tratamiento y cuidado para sus necesidades personales;
4. Revisar, mediante una petición por escrito, el expediente médico del paciente de acuerdo a A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294, y 12-2294.01;
5. Recibir una orden médica para otra institución de cuidado de salud si el centro de tratamiento ambulatorio no está autorizado o no pueda proveer servicios de salud física o servicios de salud de comportamiento necesitados por el paciente;
6. Participar o que el representante del paciente participe en el desarrollo del, o decisiones que conciernen, tratamiento;
7. Participar o rechazar la participación en la investigación o tratamiento experimental; y
8. Recibir ayuda de un familiar, o el representante del paciente u otra persona para entender, proteger o ejercer los derechos del paciente.

D. El paciente tiene las siguientes responsabilidades:

1. Brindar información sobre enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamento u otros asuntos relacionados a su historial de salud para tratar efectivamente su enfermedad.
2. Cooperar con todo el personal de las instalaciones de cuidado de salud y hacer preguntas si las instrucciones y procedimientos no son claramente entendidas.
3. Ser respetuoso de otros pacientes y el personal del centro de cuidado de salud. También se espera que los pacientes sean respetuosos con las propiedades de otras personas y la propiedad de las instalaciones.
4. Ayudar a los médicos, enfermeras, y el personal médico aliado en sus esfuerzos para su cuidado, al seguir las instrucciones e instrucciones médicas,
5. Nombrar a miembros familiares para poder evaluar su tratamiento con el personal de las instalaciones en caso de que usted no pueda comunicarse apropiadamente con los médicos o personal médico.
6. Asumir la responsabilidad financiera de pagar por todos los servicios prestados así se sean por pagados a terceros (por ejemplo compañías de seguro) o ser responsable de pagar por cualquier servicio que no esté cubierto por su póliza de seguro médico.
7. Evite el uso de medicamento que no ha sido recetado por su médico interviniente y administrado por el personal del centro de cuidado de salud.
8. No complicar o poner en riesgo el proceso de recuperación al consumir bebidas alcohólicas (al menos que se lo autorice su médico) o sustancias tóxicas.