



# Delta Health Center, Inc.

GISTRO DE PACIENTES (POR FAVOR IMPRIMIR)

Nombre del paciente: Último \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre anterior: Último \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Seguridad Social # \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
 Permanent Address: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Si tiene 18 años o más, ¿tiene una directiva avanzada? \_\_Si \_\_No Si no, ¿desea más información? \_\_ Si \_\_No  
 Si tiene menos de 19 años, el Departamento de Salud Pública requiere que proporcione el nombre y la información de contacto de su padre / madre / tutor:  
 Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_ Información de contacto del padre /tutor: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Emergency Contact # \_\_\_\_\_

**Delta Health Center, Inc. debe informar varios tipos de datos de manera agregada (no identificativa) con respecto a la población a la que DHC presta servicios. Marque las categorías apropiadas a continuación: (DHC protege su privacidad. Lea y conserve para sus registros el Aviso de prácticas de privacidad de DHC y la Declaración de derechos del paciente de DHC).**

<b>¿Cuál es tu estado civil?</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Apartado	<b>¿Cuál es su origen racial? (marque todo lo que corresponda)</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> negro / afroamericano <input type="checkbox"/> indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Elige no responder	<b>¿Eres un veterano de los militares de los Estados Unidos?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>¿Te consideras como:</b> <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay? <input type="checkbox"/> Resistencia (no lesbiana ni gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más _____ <input type="checkbox"/> no se <input type="checkbox"/> Elegir no revelar
		<b>¿Eres de ascendencia hispana o latina? Si No</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>¿Necesitas un intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>¿Que lenguaje?</b> _____
<b>¿Estudiante?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>If Yes, Name of School _____</small>		<b>Que sexo te asignaron ¿al nacer?</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Elija no revelar	<b>¿Cuál es tu identidad de género actual?</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre / Mujer a Hombre

**¿Cómo caracterizarías tu actual estilo de vida?**  
 Propietario  Desamparados / Vivienda  Vivienda de transición  Otras \_\_\_\_\_  
 Alquiler  Descubrimiento  Sin hogar / calle  No lo sé

**¿Es usted un trabajador migratorio agrícola, dependiente de un trabajador migrante o un trabajador migrante retirado? \_\_ Si \_\_ No**

**¿Es usted un trabajador agrícola de temporada, miembro de la familia de un trabajador de temporada o un trabajador de temporada retirado? \_\_ Si \_\_ No**

**¿Vives en o cerca de viviendas públicas? \_\_ Si \_\_ No**

**Marque con un círculo el tamaño de su hogar en la tabla a continuación, luego cruce la fila y marque el rango de ingresos de su hogar.**

Tamaño del hogar	Ingresos del hogar				
1	below \$14,580	\$14,581 - \$20,120	\$20,121 - \$25,515	\$25,516 - \$29,160	above \$29,161
2	below \$19,720	\$19,721 - \$27,214	\$27,215 - \$34,510	\$34,511 - \$39,440	above \$39,441
3	below \$24,860	\$24,861 - \$34,307	\$34,308 - \$43,505	\$43,506 - \$49,720	above \$49,721
4	below \$30,000	\$30,001 - \$41,400	\$41,401 - \$52,500	\$52,501 - \$60,000	above \$60,001
5	below \$35,140	\$35,141 - \$48,493	\$48,494 - \$61,495	\$61,496 - \$70,280	above \$70,281
6	below \$40,280	\$40,281 - \$55,586	\$55,587 - \$70,490	\$70,491 - \$80,560	above \$80,561
7	below \$45,420	\$45,421 - \$62,680	\$62,681 - \$79,485	\$79,486 - \$90,840	above \$90,841
8	below \$50,560	\$50,561 - \$69,773	\$69,774 - \$88,480	\$88,481 - \$101,120	above \$101,121
9	below \$55,700	\$55,701 - \$76,866	\$76,867 - \$97,475	\$97,476 - \$111,400	above \$111,401
10	below \$60,840	\$60,841 - \$83,959	\$83,960 - \$106,470	\$106,471 - \$121,680	above \$121,681

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_ MO\_\_ PPO\_\_ POS\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Parte responsable / suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Política #: \_\_\_\_\_  
 Suscriptor (si no es uno mismo) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Contacto # \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente a la anterior y no propia): \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ MO\_\_ PPO\_\_ POS\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Parte responsable / suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Política #: \_\_\_\_\_  
 Suscriptor (si no es uno mismo) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Contacto # \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente a la anterior y no propia): \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

DHC es elegible para proporcionar asistencia financiera en atención médica de DHC a las personas que califican. Es posible que usted sea elegible incluso si tiene un seguro. ¿Desea participar en este programa de descuento de tarifa móvil?  
 \_\_ Sí (Complete la página 3.) \_\_ No (Complete su registro leyendo y firmando la página 2.) \_\_ No sabe  
 Firma del paciente / tutor \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_



Delta Health Center Información y políticas para el paciente
POLÍTICA DE PROGRAMACIÓN DE NINGUNA MUESTRA Y CITA

Su proveedor médico quiere asegurarse de que usted y otros residentes del área tengan acceso a atención médica de alta calidad cuando sea necesario. Para garantizar el máximo acceso a los servicios médicos para todos nuestros pacientes, tenga en cuenta las siguientes políticas de citas:

Citas programadas: aunque haremos todo lo posible para recordarle su próxima cita médica por teléfono, correo postal o correo electrónico, usted es el responsable final de recordar la fecha y hora de su cita.

Cancelación de citas: Si no puede hacer su cita programada, debe llamarnos con al menos tres (3) días de anticipación para informarnos, para que podamos ofrecer su cita a otro paciente. El no proporcionar un aviso de 24 horas cuenta como una cita perdida.

Citas perdidas: debido a la falta crítica de acceso a los servicios médicos en nuestra área, las citas perdidas se toman muy en serio. Si pierde una cita, se le informará que no asistió a una cita. Si pierde una segunda cita sin la debida notificación dentro del mismo año calendario, se lo asignará a un "ESTADO DE NO HABER MOSTRADO" y las visitas subsiguientes solo se realizarán sin cita previa.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y PARA PAGAR BENEFICIOS A DELTA HEALTH CENTRE, INC. Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a Delta Health Center, Inc. (DHC) y sus empleados y agentes a divulgar mis registros médicos que documenten mi examen y tratamiento, incluidas las pruebas relacionadas con el SIDA y / o la información sobre el abuso de sustancias bajo solicitud válida.

Por la presente, asigno el pago directamente a DHC por cualquier procedimiento médico / quirúrgico realizado. Acepto que esta autorización será válida hasta que sea rescindida por escrito o reemplazada por una de una fecha posterior. Acepto ser financieramente responsable ante DHC por todos los cargos en caso de que no tenga un seguro o mi seguro sea rechazado y por cualquier saldo o cargo que no esté cubierto por mi seguro y / o que se determine que es mi responsabilidad. Entiendo y reconozco que si DHC presenta mi reclamo de seguro, seguiré siendo responsable de la cuenta y se esperará que pague cualquier monto adeudado si mi seguro no paga el reclamo dentro de los 45 días. Reconozco que cualquier monto citado como mis "costos de desembolso" es solo una estimación, y que la determinación exacta de mi responsabilidad financiera se realizará después de que mi compañía de seguros procese la reclamación. El pago se espera en el momento del servicio. Los métodos de pago aceptados incluyen cheque, efectivo, tarjeta de débito y crédito.

Además, acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de los abogados, a la tasa legal de interés en la cuenta hasta que se pague por completo, y estoy de acuerdo en renunciar a todos los derechos de exención en virtud de la Constitución y las leyes del Estado de Mississippi.

Por la presente solicito y autorizo a todos los médicos, enfermeras, técnicos o personal médico afiliado, hospitales e instalaciones de atención médica para que proporcionen todos los registros e informes, incluidas radiografías, copias fotostáticas y resúmenes o extractos de todos los registros, y cualquier otra información solicitada relacionada a cualquier hospitalización, examen, tratamiento, prueba u opinión con respecto a cualquier afección para la que me estén tratando actualmente, incluidas pruebas relacionadas con el SIDA, información psiquiátrica o de abuso de sustancias. Una copia de esta autorización será tan válida como el original de este documento.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar a continuación, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a los médicos, dentistas y su personal de DHC para que realicen cualquier examen de diagnóstico, pruebas y procedimientos y proporcionen los medicamentos, el tratamiento o la terapia necesarios para evaluar y mantener de manera efectiva mi Salud, y para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que es responsabilidad de los proveedores de atención médica que me tratan individualmente explicarme los motivos de cualquier examen, prueba o procedimiento de diagnóstico en particular, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y las cargas y beneficios anticipados asociados con estas opciones, así como Cursos alternativos de tratamiento.

DERECHO A RECHAZAR TRATAMIENTO

Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento en particular recomendado o considerado médicamente necesario por mis proveedores de atención médica individuales. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de mi evaluación y / o tratamiento.

Reconozco que he leído la copia anterior de la Política de no presentación y citas de Delta Health Center, la Autorización para divulgar información para pagar beneficios a Delta Health Center, Inc., el Consentimiento para el tratamiento y el Derecho a rechazar las políticas de tratamiento. También he recibido una copia para mis registros personales del Aviso de prácticas de privacidad de Delta Health Center y la Declaración de derechos del paciente que citan las políticas federales de privacidad que explican mis derechos como paciente.

Paciente / Guardián

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma de testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso del paciente / tutor \_\_\_\_\_ Nombre impreso del testigo: \_\_\_\_\_

SÓLO PARA USO DE OFICINA Fecha de Reconocimiento e Información Recibida \_\_\_\_\_ Consultor de Admisión \_\_\_\_\_

Razón no obtenida: \_\_\_\_\_

Notas sobre la tarifa móvil – Verificación:



Nombre del paciente impreso \_\_\_\_\_

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

### Solicitud del descuento de tarifa móvil.

La política de Delta Health Center, Inc. es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Un descuento por tarifa móvil está disponible según el tamaño de la familia y los ingresos. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para el programa de descuento de tarifa móvil.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ ID del paciente # \_\_\_\_\_  
Last First M.I.

Cuántas personas, incluido usted, viven en su hogar: \_\_\_\_\_

Nombre de los miembros del hogar	Relación	Fecha de nacimiento	Ingresos	Por favor, compruebe el método de cálculo de ingresos
1) Tú mismo	Yo			___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
2)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
3)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
4)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
5)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
6)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
7)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
8)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
9)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
10)				___ Anual ___ Mensual ___ Semanal ___ Semanalmente ___ Diario ___ Otros ___
Ingreso total del hogar _____				
SÓLO PARA USO DE OFICINA				
Nivel de lide para el pago basado en el ingreso del hogar: _____ % de cargo				

Por la presente certifico que la información que se muestra arriba es correcta, y además entiendo que se requiere la verificación de ingresos para su aprobación. Además, entiendo que debo proporcionar esta información al menos una vez al año para recibir descuentos de tarifa móvil para el servicio. Cualquier declaración falsa, documentos o el ocultamiento de un hecho material me descalificarán para recibir descuentos de tarifa móvil.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor / parte responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### SÓLO PARA USO DE OFICINA

Documentación del intento de verificación de terceros o tipo (s) de verificación recibido:

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Esta página es para los registros personales del paciente y está destinada a ser conservada por el paciente.**

***Preguntas frecuentes sobre documentos de verificación de terceros***

**¿Qué debo incluir en el cálculo de mis ingresos?** Los ingresos incluyen pero no se limitan a:

- El monto total de los ingresos brutos obtenidos antes de impuestos y deducciones.
- El ingreso neto obtenido de la operación de un negocio, es decir, los ingresos totales menos los gastos operativos del negocio. Esto también incluye cualquier retiro de efectivo de la empresa o profesión para su uso personal.
- Los ingresos mensuales por intereses y dividendos se acreditan en la cuenta bancaria del solicitante y están disponibles para su uso.
- El monto del pago mensual recibido de la Seguridad Social, anualidades, fondos de jubilación, pensiones, discapacidad y otros tipos de pagos periódicos similares.
- Cualquier pago mensual en lugar de ganancias, como desempleo, compensación por discapacidad, SSI, SSDI y compensación del trabajador.
- Ingresos mensuales de agencias gubernamentales que excluyen los montos designados para refugio y servicios públicos, WIC, cupones de alimentos y cuidado de niños.
- Pagos de pensión alimenticia, manutención y cuidado de crianza recibidos de organizaciones o de personas que no residen en la vivienda.
- Todos los pagos básicos, días especiales y asignaciones de un miembro de las Fuerzas Armadas, excluyendo el pago especial por exposición a fuego hostil.

**¿Qué artículos debo tener conmigo o proporcionar a DHC como comprobante de ingresos de terceros?** Los siguientes artículos son aceptados como prueba de ingresos de terceros:

- Talones de pago actuales Tax Forms: W-2 or 1099
- Declaraciones de pérdidas y ganancias más recientes, si son trabajadores por cuenta propia.
- Carta de su empleador
- Los documentos que muestran los ingresos por desempleo, beneficios por incapacidad o muerte del seguro social, pensión alimenticia, manutención de los hijos, pensión de asistencia pública, asistencia por adopción, sentencia de divorcio, acuerdo de separación u otro acuerdo archivado por la corte con la cantidad y la duración del acuerdo.

**La autodeclaración solo se debe usar si la verificación de ingresos por parte de terceros no está disponible en la primera visita del DHC de un paciente. Se espera que el personal de DHC haya agotado todas las opciones alternativas para verificar los ingresos antes del uso de una autodeclaración de ingresos.**



**Esta página es para los registros personales del paciente y está destinada a ser conservada por el paciente.**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACION MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

Delta Health Center, Inc. usa su información de salud para su tratamiento, para obtener el pago del tratamiento con fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe. Su información de salud está contenida en un registro médico que es propiedad física de Delta Health Center, Inc.

Cómo Delta Health Center, Inc. puede usar o divulgar su información

Para tratamiento: Delta Health Center, Inc. puede usar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo; la información obtenida por un proveedor de atención médica, como un médico, dentista, enfermera u otra persona que le proporcione servicios de salud, registrará la información en su registro que esté relacionada con su tratamiento. Esta información es necesaria para que los proveedores de atención médica determinen qué tratamiento debe recibir. Los proveedores de atención médica también registrarán las acciones tomadas por ellos en el curso de su tratamiento y observarán cómo responde a las acciones.

Para pago: Delta Health Center, Inc. puede usar y divulgar su información médica a otros con el fin de recibir el pago por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo; una factura puede ser enviada a usted o a un tercero pagador, como una compañía de seguros o un plan de salud. La información en la factura puede contener información que lo identifique a usted, a su diagnóstico y tratamiento o a los suministros utilizados en el curso del tratamiento.

Para operaciones de atención médica: Delta Health Center, Inc. puede usar y divulgar su información médica con fines operativos. Por ejemplo; Su información de salud puede ser divulgada a miembros del personal médico, personal de mejora de riesgos o calidad, y otros para:

- Evaluar el desempeño de nuestro personal,
- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y casos similares,
- Aprender a mejorar nuestras instalaciones y servicios, y
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica que brindamos.

Citas: Delta Health Center, Inc. puede usar su información para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: Delta Health Center, Inc. puede usar su información de salud para comunicarse con usted para recaudar fondos para Delta Health Center, Inc.

Requerido por la ley: Delta Health Center, Inc. puede usar y divulgar información sobre usted según lo exija la ley. Por ejemplo; Delta Health Center, Inc. puede divulgar información para los siguientes propósitos:

- Para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con la autoridad legal;
- Para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, y
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus funciones de aplicación de la ley.

Salud pública: su información de salud puede ser utilizada o divulgada para actividades de salud pública, como ayudar a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o para otras actividades de supervisión de la salud.

Personas fallecidas: la información médica se puede divulgar a directores de funerarias o médicos forenses para que puedan cumplir con sus obligaciones legales.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): su información puede ser divulgada a la FDA, o personas bajo la jurisdicción de la FDA, en relación con eventos adversos relacionados con medicamentos, alimentos, suplementos, productos y defectos del producto, o información de vigilancia posterior a la comercialización. para permitir el retiro, reparación o reemplazo de productos.

Donación de órganos / tejidos: su información de salud puede ser usada o divulgada para fines de donación de órganos, ojos o tejidos.

Investigación: Delta Health Center, Inc. puede usar su información de salud para fines de investigación cuando una junta de revisión de instituciones o junta de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información de salud haya aprobado la investigación.

Salud y seguridad: Su información de salud puede ser divulgada para evitar una amenaza grave a la salud y seguridad de usted o de cualquier otra persona conforme a la ley aplicable.

Comunicaciones relacionadas con la salud: su información puede usarse para brindar un servicio especial de atención al cliente. Bajo este programa, podemos comunicarnos con usted, de conformidad con la ley aplicable, para proporcionarle recordatorios o información sobre tratamientos alternativos (incluida la disponibilidad de ensayos clínicos) u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Funciones gubernamentales: Su información puede ser divulgada para funciones gubernamentales especializadas, como la protección de funcionarios públicos o la presentación de informes a varias ramas de los servicios armados.

Compensación para trabajadores: Su información de salud puede ser usada o divulgada para cumplir con las leyes y regulaciones de la Compensación para trabajadores.

Otros usos: Otros usos y divulgaciones serán solo con su autorización por escrito y usted puede revocar la autorización.



**Esta página es para los registros personales del paciente y está destinada a ser conservada por el paciente.**

## Delta Health Center, Inc.

### DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, conforme a la ley federal, usted no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada con anticipación o uso razonable en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y la información médica protegida está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información de salud según lo dispuesto por 45C.FR 164.524.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que usemos o divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de salud. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no sea divulgada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación, tal como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad según lo dispuesto por 45C.F.R. 164.522. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién quiere que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si el médico cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, no se restringirá su información médica protegida. A continuación, tiene derecho a utilizar otro profesional sanitario.

Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso de parte nuestra, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de forma alternativa, de manera electrónica.

Usted tiene el derecho de tener a su médico, enmendar su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado, en su caso, de su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso. Delta Health Center, Inc. le informará de cualquier cambio. Luego tiene el objetivo de retirarse según lo dispuesto en este aviso por 45 C.F.R. 164-528. Este aviso fue revisado y entró en vigencia el 24 de marzo de 2016.