



EVALUACIÓN FAMILIAR

(SÓLO para pacientes que solicitan servicios con descuento)

ARcare/ KentuckyCare/ MississippiCare ofrece una tarifa con descuento a los pacientes que aplican para asistencia. Los descuentos se basan en las Leyes Federales de Pobreza. Los descuentos pueden ser hasta un 199% del Nivel federal de pobreza. Verificación de ingresos tienen que ser proporcionados **antes de que los descuentos se apliquen a su cuenta**. Los descuentos no se le dará a los hogares que estén arriba de 200% del Nivel federal de pobreza.

El paciente es jefe de hogar? [] SI [] NO
Si la respuesta fue no, quien es el jefe del hogar?

Anote a todas las personas de las que vivan en su casa y de las cuales tiene legal custodia o responsabilidad financiera. Necesitaremos pruebas de todos los ingresos de un mes completo.

<i>Nombre</i>	<i>Relacion con paciente</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Seguro Social</i>	<i>Ingresos (un mes)</i>
	<i>Yo Mismo</i>			
TOTAL				

Con mi firma en esta solicitud, declaro que la información y las respuestas dadas en la solicitud son verdaderos, esta llenado correctamente. Si se hicieron declaraciones falsas, ARcare tiene el derecho de solicitar todo el pago de los servicios. Tengo entendido que los cargos por mi familia que no están cubiertos por el programa de servicio con descuento son mi responsabilidad para mi familia y yo estoy de acuerdo de pagar por estos gastos.

Firma

Fecha

Sólo para uso de la oficina: Muestra los cálculos

Total de los ingresos anuales: _____ Total de Miembros de la Familia que Califica: _____

Programas de Tarifas con Descuento (circula el apropiado)
_____[MÉDICO - Min \$30] [B - 20 %] [C - 40 %] [D - 60 %] [E - 80 %] [F- 95 %] [G- 100%]

DENTAL: [-Min 50% de descuento) [B - 40% de descuento] [C - 30% de descuento] [D] 20% de descuento E - 10% de descuento] [F- 5% de descuento] [G -100%]

FECHA EFECTIVA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Le doy permiso a ARcare/KentuckyCare/MississippiCare para que le den tratamiento medico a

Nombre del Paciente

fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Ponga su inicial en el apropiado:

YO soy el paciente.

Se trata de un paciente menor de edad que tiene _____ años.

El paciente es un adulto que no puede firmar legalmente por su propia cuenta.

Si el paciente es un menor de edad:

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba un examen y tratamiento sin la supervisión de un adulto.

Sí No

Doy permiso para que las siguientes personas (además de los miembros de la familia inmediata) traigan a mi niño(a) a la clínica (**Seleccione al menos uno**):

Nadie Personal de la Escuela personal de la clinica Otras personas

1. Autorizo voluntariamente a la atención médica recomendada por el médico, incluyendo rayos x, rastreo cardíaco , los medicamentos, y pruebas de laboratorio rutinarias (infección del virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis, o cualquier otra enfermedad de sangre si es ordenado por el médico).
2. Yo le autorizo a la clínica que puede dar mi información médica a mi seguro medico para que mi seguro pueda tener acceso a mi historia medica.
3. Estoy de acuerdo en que mi seguro medico (si procede) sea la primer opcion en mi cuenta medica por los servicios dados. (paciente, padre, madre o tutor del paciente) Yo soy el responsable de los cargos no pagados o denegada por la compañía de seguros.
4. Este formulario ha sido plenamente explicado y entiendo su contenido.

COMENTARIOS:

Firma del personal que explica el contenido de este formulario consentimiento de tratamiento

Fecha



Norma de Privacidad de HIPAA

ARcare/KentuckyCare/MississippiCare se compromete a proporcionar seguridad para la privacidad que es confidencial de el paciente. Esta organización colecta, utiliza y revela información personal de salud solo a las leyes federales y estatales y lo que usted autorize. Esto puede incluir la recolección de otras fuentes de información disponibles, tales como su historia medica y para verificar su aseguanza.

ARcare/KentuckyCare/MississippiCare comprende también puede tener miembros de la familia o personas importantes en su vida, que desee tener acceso a cierta información contenida en su registro médico. Sin su consentimiento por escrito, no podemos divulgar ninguna información a nadie, excepto para los de la Ley de Privacidad de HIPAA. Por favor tenga en cuenta que utilizamos un sistema de teléfono automatizado para recordarle de citas, así como ofrecer a los pacientes la oportunity de completar una encuesta acerca de su visita.

He recibido una copia de la ARcare/KentuckyCare/MississippiCare Aviso de Prácticas de Privacidad. Autorizo a las personas (empleados, estudiantes, voluntarios, contratistas, etc.) que actúan en nombre de la organización para compartir mi información de salud protegida (PHI) con la siguiente persona específica(s): **(Si no hay ninguna otra persona está autorizada a recibir su PHI, escriba N/A en los espacios de abajo.)**

<i>Nombre de la persona(s) a la que la información puede ser liberado</i>	<i>se divulgará información</i> → <i>(Introduzca # correspondiente de la lista)</i>

Información para ser liberados:

- [1] copia del expediente médico completo
- [2] Historia y física
- [3] Los resultados de la prueba
- [4] Los resultados de la prueba de salud mental
- [5] Los registros de salud reproductiva
- [6] Otros _____

Si el paciente tiene 12-17 años de edad, el paciente debe firmar aquí para tener su aprobación:

**** Entiendo que puedo revocar esta divulgación de información médica en cualquier momento completando un formulario nuevo.**

Contacto de Emergencia(s)	Relacion	Número de teléfono

Doy mi permiso al inicial **(todos los que correspondan) DEBE PONER SU INICIAL EN AL MENOS UNO**

- Dejar un mensaje en mi contestador o cualquier otro dispositivo electrónico(s) acerca de mis citas, resultados de laboratorio, seguimiento médico, o algun otro tipo de información médica.
- Puede contactarme en mi dirección y número de teléfono.
- Deje mensaje con la persona indicada para dejar mensajes si no puede contactarme a mi.
- Puede enviarme un mensaje de correo electrónico a: _____.
- Puede contactarme acerca de la participación voluntaria en una investigación clínica. Entiendo que marcando esta casilla no estoy obligado a participar en ningún proyecto específico. Por favor póngase en contacto conmigo acerca de proyectos por: dirección teléfono dirección de correo electrónico:

Imprimir Nombre del Paciente o Tutor

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente/Tutor

Fecha

ARcare/KentuckyCare/MississippiCare
AVISO DE PRIVACIDAD determinada restricción

Tal como exige la normativa de confidencialidad creado como resultado de la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED (COMO EN EL CASO DE UN PACIENTE DE ESTA PRÁCTICA) PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE individualmente. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO

A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud identificable individualmente como protegido por la ley, incluyendo la información de salud HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad). En la realización de nuestro negocio, crear registros referentes a usted y a los tratamientos y servicios que le hemos prestado. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información que le identifica a usted. También están obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica relativa a su información personal identificable (PII). Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos en vigor en el momento.

Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero nos debe proporcionar la siguiente información importante:

- ¿Cómo podemos utilizar y divulgar su información personal identificable
- Sus derechos a la privacidad de su información personal identificable
- Nuestras obligaciones respecto al uso y divulgación de su información personal identificable

Este aviso describe las prácticas de privacidad de nuestra organización y que:

- Todos nuestros médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud autorizado para ingresar información médica sobre usted en tabla.
- Todos nuestros departamentos incluyendo registros médicos, facturación y seguros departamentos.
- Todos nuestros empleados, personal, voluntarios y demás personal que trabaja para nosotros o en nuestro nombre.
- Además, estos sitios y lugares pueden compartir la información médica con cada una de las otras para tratamiento, pago u operaciones se describe en este aviso.

Los términos de este aviso aplica a todos los registros que contengan la información personal identificable que se ha creado o mantenido por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar este Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectivo para todos los registros de que la práctica ha creado o mantenido en el pasado, y doe cualquiera de los registros que se pueden crear o mantener en el futuro. Nuestra práctica una copia de nuestra notificación actual en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento, y usted puede solicitar una copia de nuestra notificación más actual en cualquier momento.

B. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE AVISO CONTACTO:

Oficial de Privacidad
P. O. Box 497, Augusta, AR 72006
Teléfono: (870)347-7206

C. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PII) DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

- 1. Tratamiento.** Nuestra práctica puede utilizar su información personal identificable a tratar. Por ejemplo, nos puede pedir que se haga las pruebas de laboratorio (tales como las pruebas de sangre y de orina), y podemos utilizar los resultados para ayudar a llegar a un diagnóstico. Podríamos utilizar su información personal identificable con el fin de escribir una receta para usted, o que podríamos divulgar su información personal identificable a la farmacia cuando requerimos una receta para usted. Muchas de las personas que trabajan para nuestra práctica- incluyendo, pero no limitado a, nuestros médicos y enfermeras, puede utilizar o divulgar su información personal identificable con el fin de darle tratamiento o para ayudar a otros en su tratamiento. Además, es posible que revelemos su información personal identificable a terceros que puedan contribuir a su cuidado, tales como su cónyuge, hijos o padres. Por último, también es posible que revelemos su información personal identificable a otros servicios de salud proporciona a los efectos relacionados con el tratamiento.
- 2. Pago.** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información personal identificable con el fin de facturar y recaudar los pagos por los servicios y artículos que usted puede recibir de nosotros. Por ejemplo, se puede entrar en contacto con su aseguradora de salud para certificar que usted es elegible para beneficios (y para qué rango de beneficios) y que puede ofrecer a su compañía aseguradora con detalles con respecto a su tratamiento para determinar si su seguro tiene cobertura o pagará por su tratamiento. También podemos usar y revelar su información personal identificable para obtener pago por parte de terceras partes que pueden ser responsables de esos costos, como los miembros de la familia. También podemos utilizar su información personal identificable para facturarle directamente por servicios y artículos. Podemos divulgar su información personal identificable a otros servicios de salud y entidades para ayudar a su facturación y gestiones de cobro. Usted tiene el derecho de restringir las revelaciones de información de salud protegida de los planes de salud si usted ha pagado por servicios de su propio bolsillo en su totalidad.
- 3. Operaciones de cuidados de la Salud.** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información personal identificable para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las maneras en las que podemos usar y revelar su información de nuestras operaciones, de práctica puede utilizar su información personal identificable para evaluar la calidad de la atención que recibió de estados unidos, o de costos de gestión y las actividades para la planificación empresarial para nuestra práctica. Podemos divulgar su información personal identificable a otros proveedores de cuidados de la salud y para ayudar a las entidades en sus operaciones de cuidados de la salud. Podemos hacer que su información de la salud disponibles electrónicamente a través de un intercambio de información electrónico de la salud a otros proveedores de cuidados de salud y planes de salud que soliciten su información para su tratamiento y efectos del pago. Participación en salud electrónica intercambio de información también nos permite ver la información acerca de usted para el tratamiento y efectos del pago.
- 4. Recordatorios de citas.** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información personal identificable para ponerse en contacto con usted y recordarle de una cita.
- 5. Las opciones de tratamiento.** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información personal identificable para informarle de posibles opciones de tratamiento o alternativas.
- 6. Beneficios y Servicios Relacionados.** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información personal identificable para informarle sobre servicios o beneficios relacionados con la salud que pueden ser de interés para usted.
- 7. Recaudación.** Que nos pongamos en contacto con usted para recaudar fondos para nuestra organización.
- 8. Entrega de información a familiares, amigos.** Nuestra práctica puede divulgar su información personal identificable a un amigo o un miembro de la familia que está involucrado en su cuidado o que los ayude en el cuidado de su Por ejemplo, a los padres o guardianes pueden pedir a un canguro que llevan, a la oficina del pediatra para el tratamiento de un resfriado. En este ejemplo, la niñera pueden tener acceso a esta información médica del niño.
- 9. Revelar exigidas por ley.** Nuestra práctica se utilizar y revelar su información personal identificable cuando estamos obligados a hacerlo por ley federal, estatal o local.

D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN PERSONAL IDENTIFICABLE EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Las siguientes categorías describen situaciones únicas en las que podemos usar o divulgar su información de salud identificable personalmente.

- 1. Riesgos de Salud Pública .**Nuestra práctica puede divulgar su información personal identificable a las autoridades de salud pública que son autorizados por la ley para recopilar información con el fin de:
 - Mantener registros vitales, como nacimientos y muertes
 - Informes maltrato o descuido de niños
 - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
 - Avisar a una persona en cuanto a la potencial exposición a una enfermedad transmisible
 - Avisar a una persona acerca de un potencial riesgo para la propagación o contraer una enfermedad o condición
 - Informes de reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos
 - Notificar a los participantes en caso de que un producto o dispositivo que se utilice ha recordado
 - Notificar a los organismos gubernamentales y las autoridades con respecto a la posibilidad de abuso o negligencia de un paciente adulto (incluida la violencia en el hogar); sin embargo, sólo podremos revelar esta información si el paciente está de acuerdo o nos sea requerido o autorizado por la ley a revelar esta información.
 - Notificar a su empleador en circunstancias limitadas fundamentalmente relacionadas con lesiones en el lugar de trabajo o de una enfermedad o la vigilancia médica.
- 2. Las actividades de vigilancia de la Salud.** Nuestra práctica puede divulgar su información personal identificable a una agencia de vigilancia de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, estudios, licenciaturas y acciones disciplinarias, civiles, administrativas y los procedimientos penales o acciones; u otras actividades necesarias para que el gobierno pueda monitorear programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención de la salud en general.
- 3. Demandas y procedimientos similares.** Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información personal identificable en respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en un pleito o proceso similar. También podemos revelar su información personal identificable en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citar, o cualquier otro proceso legal por otra parte involucrada en la disputa, pero sólo si nos han hecho un esfuerzo para informarle a usted de la solicitud o para obtener una orden para proteger la información que la parte había pedido.
- 4. Cumplimiento de la Ley .**Podemos divulgar información personal identificable si se le pide hacerlo por funcionario del cumplimiento de la ley:
 - Con respecto a una víctima del crimen en cierta situación, id no podemos obtener la persona está de acuerdo
 - Sobre la muerte, creer que había resultado de conducta criminal
 - Sobre conducta criminal en nuestras oficinas
 - En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o similar proceso legal
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
 - En caso de emergencia, para denunciar un delito (incluida la ubicación o la víctima (s) del delito, o la descripción, la identidad o la ubicación del autor)
- 5. Los pacientes fallecidos La práctica** puede liberar información personal identificable a un médico forense o médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Si es necesario, también puede obtener información sobre la versión para directores de funerarias para desempeñar su trabajo.
- 6. Donación de órganos y tejidos.** Nuestra práctica puede revelar su información personal identificable a organizaciones o médico forense para identificar a una persona fallecida o

determinar la causa de la muerte. Si es necesario, también puede obtener información sobre la versión de donación o trasplante si usted es un donante de órganos.

- 7. Investigación** .Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información personal identificable para fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Vamos a obtener su autorización por escrito para utilizar su información personal identificable para el propósito de la investigación interna excepto cuando o la Junta de Revisión de Privacidad Junta ha determinado que la wavier de su autorización cumple las siguientes: (i) el uso o la divulgación no implica más que un riesgo mínimo para la privacidad basado en los siguientes puntos: (A) un plan adecuado para proteger los identificadores del uso inadecuado y transmisor, (B) y plan adecuado para destruir los identificadores a la mayor brevedad posible consistente con la investigación (a menos que exista una investigación o salud justifica la conservación de los identificadores o esa retención es es requerida por la ley); y c) una garantía escrita de que el PII no se volverá a utilizar o revelar a otros Persona o entidad (salvo en la medida en que lo requiera por ley) para llegar a la supervisión de estudio, o para otras investigaciones para las que el uso de transmisor, de lo contrario, se permite; (ii) la investigación no puede ser realizado sin la renuncia; y (iii) la investigación no puede ser realizado sin el acceso y el uso de la información personal identificable.
- 8. Amenazas Serias a la salud o seguridad.**Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su información personal identificable cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, sólo podremos hacer revelaciones a una persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- 9. Militares** .Nuestra práctica puede divulgar su información personal identificable si usted es un miembro de EE.UU. o las fuerzas militares extranjeras (incluyendo los veteranos) y, si es necesario por las autoridades correspondientes.
- 10. Seguridad Nacional** .Nuestra práctica puede divulgar su información personal identificable a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su información personal identificable a los funcionarios federales con el objeto de proteger al presidente, otros funcionarios o jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones.
- 11. La remuneración de los Trabajadores.** Nuestra práctica puede divulgar su información personal identificable para la indemnización de los trabajadores y otros programas similares.
- 12. Médico Forense, un médico clínico, Director de Servicios Fúnebres.** Podemos divulgar información de salud a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información de salud a los directores de funerarias según sea necesario para sus funciones.
- 13. Socios de Negocio.** Es posible que divulguemos información de salud a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información distintos de los especificados en el contrato.
- 14. Reclusos o personas privadas de su libertad.***Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar información de salud a la institución correccional o al funcionario del cumplimiento de la ley. Este lanzamiento sería si es necesario: (a) para que la institución le brinde atención de salud; (b) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (c) la protección y la seguridad de la institución correccional.*

E . SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN PERSONAL IDENTIFICABLE

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información personal identificable que mantenemos sobre usted:

- 1. Comunicaciones confidenciales** .Usted tiene el derecho de solicitar que nuestra práctica comunicarse con usted acerca de su salud y cuestiones conexas en una forma en particular

o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa, en lugar de trabajar, con el fin de pedir un tipo de comunicación confidencial, usted debe hacer una petición por escrito al Oficial de Privacidad especificando el método de contacto requerido o el lugar donde usted desea ser contactado, nuestra práctica razonable para solicitar. No hay necesidad de dar razón de su solicitud.

- 2. Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información personal identificable para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Además, usted tiene el derecho de solicitar que nos restringen la divulgación de su información personal identificable a otra, algunos individuos involucrados en su cuidado o el pago para su cuidado, tales como miembros de su familia y amigos. **No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud**, sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando lo requiera la ley, en casos de emergencia, o cuando la información sea necesaria para darle tratamiento. Para pedir una restricción en nuestro uso o divulgación de su información personal identificable, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe describir en forma clara y concisa:
 - a) La información que usted desea restringir;
 - b) Si usted está pidiendo limitar nuestra práctica de uso, la divulgación o ambos; y
 - c) A quién desea que se apliquen los límites
- 3. Inspección y copias.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia (en papel o en soporte electrónico) de la PII que se puede utilizar para tomar decisiones sobre usted, incluyendo registros médicos de pacientes y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Usted debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de privacidad con el fin de inspeccionar y/o obtener una copia de su información personal identificable. Nuestra práctica puede cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío postal, la mano de obra y suministros relacionados con su solicitud. Nuestra práctica puede negar su solicitud de inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede solicitar una revisión de nuestra negación. Otro profesional licenciado en el cuidado de la salud escogido por nosotros para realizar exámenes.
- 4. Enmienda.** Usted puede pedir que enmendemos su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y usted puede solicitar una enmienda para mientras que la información sea mantenida por o cuatro nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser hecha por escrito y enviada al Oficial de Privacidad. Nos debe proveer una razón que apoye su solicitud de enmienda. Nuestra práctica se estará negando su solicitud si usted no vaya a presentar su solicitud (y las razones que la justifiquen) por escrito. Además, podemos negar su petición si usted nos pide enmendar información que es, en nuestra opinión (a) exacta y completa; (b) no forma parte de la IIP guardada por o para la práctica; (c) no forma parte de la PII que se le permite inspeccionar y copiar; o (d) no se ha creado en nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no está disponible para modificar la información.
- 5. Informe de las divulgaciones.** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar una "contabilidad de accesos". Una "contabilidad de disclosers" es una lista de algunos no-rutina disclosers nuestra práctica ha hecho de su información personal identificable para los no-tratamiento, pago o no las operaciones. Uso de su información personal identificable como parte de la atención al paciente de rutina en la práctica no es necesario que esté documentado. Por ejemplo, el médico era la de compartir información con enfermera; o el departamento de facturación con su información para presentar su reclamación de seguro. Además, no estamos obligados a documentar las revelaciones hechas en virtud de una autorización firmada por usted. Para obtener una lista de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Todas las solicitudes de información de contabilidad debe establecer un periodo de tiempo, que no puede ser de más de seis (6) años a partir de la fecha de publicación de información y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses es gratis; pero nuestra práctica puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo

períodos de 12 meses. Nuestra práctica le avisará de los costos derivados de las peticiones, y además usted podrá retirar su solicitud antes incurrir en costo alguno.

- 6. Derecho a una copia de papel de este Aviso. Usted tiene el derecho** a recibir una copia en papel de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Usted puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia en papel de este aviso, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad.
- 7. Derecho a presentar una queja si** usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestra práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad.
Le animamos a presentar su queja con nosotros primero y nos dan la oportunidad de abordar sus preocupaciones. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**
- 8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y revelaciones.** Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos/divulgaciones que no estén identificados en esta notificación o permitida por la ley aplicable. Cualquier autorización que usted nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su información personal identificable puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Después de que usted revoque su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información personal identificable por las razones descritas en la autorización. Por favor, tenga en cuenta que estamos obligados a conservar registros de su cariño.
- 9. Derecho a la notificación en el caso de una violación.** Nuestra práctica le avisará en el caso de que se produzca un incumplimiento de la PII.
*Para obtener detalles completos acerca de cómo podemos utilizar su información personal identificable, por favor visite <https://www.arcare.net/PrivacyPolicy>
O <https://www.kentuckycare.net/PrivacyPolicy>*



Forma Demografica

La Información Del Paciente

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento	Numero de Seguridad Social	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre/Hombre transexuales/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Niego informar <input type="checkbox"/> El género queer, ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer/ Mujer transgénero/ Mujer Trans		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudos <input type="checkbox"/> Otros		
Idioma distinto del inglés	Raza <input type="checkbox"/> Negra-No hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Asiatico/ Isleño pacific <input type="checkbox"/> Blanco- No Hispana <input type="checkbox"/> Other	
Etnicidad <input type="checkbox"/> No soy Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro Hispano/a, Latino/a, o Origin Espanol <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puerto Riqueno <input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicano Americano Chicano/a <input type="checkbox"/> No declarada/ Niego a informar		
Estado de Vivienda <input type="checkbox"/> Duplicación <input type="checkbox"/> Refugio para Personas sin Hogar <input type="checkbox"/> Tengo Hogar <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La vivienda pública <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Calle		
Dirección	Numero de Apartamento	Ciudad Estado Código postal

Teléfono de Casa

Teléfono del Trabajo

Teléfono de Celular

Correo Electrónico

Estatus de Empleo

Discapacitado Tiempo completo Retirado
 Trabajo de Medio Tiempo Desempleado Estudiante
 Veterano Trabajador Migrante o de Temporada

Apellido de su Madre(de Soltera):

Información Adicional

Has estado en el hospital recientemente y es la razón por la que usted está aquí hoy? Si No
En caso de que si, cuándo y dónde fue?

Le gustaría que le mandáramos mensaje de texto para recordarle de sus citas? Si No
En caso de que si, Quien es la compañía de Celular?

Información De Farmacia

Nombre de la Farmacia

Ciudad

Estado

Código postal

Información Garante

Relación al paciente Yo mismo (Si es usted mismo, continúe a Información Del Cuidador Principal)
 Esposo/a Padre/Madre Otra Relación

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

Seguridad Social

Dirección

Numero de Apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de Casa

Teléfono del Trabajo

Teléfono de Celular

Estatus de Empleo Discapacitado Tiempo completo Retirado Trabajo de Medio Tiempo
 Desempleado Estudiante Veterano Trabajador Migrante o de Temporada

Información Del Cuidador Principal

Relación al paciente Yo mismo (Si es usted mismo, continúe a Información Sobre Aseguración)
 Esposo/a Padre/Madre Otra Relación

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Información Sobre Seguro Medico

Tiene Seguro Medico Si No Nombre del Seguro/ Número de póliza/ Número de grupo

Nombre en el Seguro (Primer Nombre y Apellido) Fecha de Nacimiento del Asegurado

El Empleador del Asegurado Nombre de Donde Trabaja el Asegurado

Relación con el Paciente Yo mismo Esposo/a Padre/Madre Otros

Dirección del Seguro Número de Teléfono

Nombre de Seguro Medico(Segundo) Número de póliza Número de grupo

Nombre en el Seguro (Primera y Apellido) Fecha de nacimiento del Asegurado

Relación al paciente Nombre de donde Trabajo el Asegurado
 Yo mismo Esposo/a Padre Otros

Dirección de el Seguro Número de Teléfono

Staff Use Only

Updated/Verified: _____ Date: _____