



FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Full Circle Health es un centro de salud federalmente calificado y recibe fondos federales de conformidad con la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública. Estamos obligados a recopilar información sobre la edad, el género, la raza, la orientación sexual, el ingreso y tamaño de la familia únicamente con fines estadísticos. No hay información individual que se presentó.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:		Primer Nombre:	M.I.	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) (Elige Uno) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Dirección:				Número de Seguro Social:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	
Correo Electrónico (E-Mail):			Empleador:	Teléfono del Trabajo:	
Contacto para Llamadas de Recordatorio y Otros Mensajes Generados Electrónicamente: (Elige Uno)		<input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Voz (Seleccionar número preferido: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo)		
Raza: (Elige Uno)		Etnicidad: (Elige Uno)	Fecha de Nacimiento:	Identidad de género:	Orientación Sexual:
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco / caucásico <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar	Mes / Día / Año EDAD: Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elige no revelar	<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No lo Sé <input type="checkbox"/> Decide no Anotar
Estado de Veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No-Veterano		Idioma preferido:			
Tamaño de la Familia (incluido usted):		Ingreso Anual del Hogar:		Estado de Vivienda:	
Trabajadores Agrícola:				<input type="checkbox"/> Dueño (a) <input type="checkbox"/> Quedar con familia/amigos <input type="checkbox"/> Alquilar (rentar) <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Transicional	
Alguien de su familia ha trabajado en la agricultura (campos, huertas, etc.) en los últimos 2 años?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si es que sí, esa persona trabajó por menos de 12 meses al año?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si es que sí, esa persona tenía que mover de un lugar a otro para el trabajo?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Hay alguien en su hogar que se ha retirado de trabajo agrícola?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Para cada declaración, dígame si la declaración fue "a menudo cierta, a veces cierta o nunca verdadera" para su hogar:					
A. "En los últimos 12 meses nos preocupaba que nuestra comida se terminara antes de que tuviéramos dinero para comprar más".					
<input type="checkbox"/> Frecuentemente cierto <input type="checkbox"/> A veces cierto <input type="checkbox"/> nunca cierto <input type="checkbox"/> no lo sé, o niego responder					
B. En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos se nos terminaba y no teníamos dinero para obtener más".					
<input type="checkbox"/> Frecuentemente cierto <input type="checkbox"/> A veces cierto <input type="checkbox"/> nunca cierto <input type="checkbox"/> no lo sé, o niego responder					
PERSONA RESPONSABLE					
Persona Responsable:		Fecha de Nacimiento	Dirección (si es diferente):	Teléfono de Casa:	
Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:	Teléfono del empleador:		
¿Es esta persona un paciente en FMHC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Este paciente está cubierto por un seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL SEGURO (Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista)					
Nombre del Seguro Primario: <input type="checkbox"/> IPN <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro:					
Seguro Médico Primario			Seguro Médico Secundario		
Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:
Relación del Paciente al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro			Relación del Paciente al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro		



FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Full Circle Health es un centro de salud federalmente calificado y recibe fondos federales de conformidad con la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública. Estamos obligados a recopilar información sobre la edad, el género, la raza, la orientación sexual, el ingreso y tamaño de la familia únicamente con fines estadísticos. No hay información individual que se presentó.

EN CASO DE EMERGENCIA	
Nombre del Amigo o Pariente Local:(no vive en la misma dirección):	Relación con el Paciente:
Número de Teléfono:	Número de teléfono alternativo:
NOTA: LOS BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DE MEDICARE DEBEN COMPLETAR LA SIGUIENTE SECCIÓN	
<input type="checkbox"/> Medicare Secundaria Trabajo Ancianos beneficiario o cónyuge con Grupo de Empresas del Plan de Salud <input type="checkbox"/> Medicare Secundaria Beneficiario de discapacitados menores de 65 años con el gran grupo del Plan de Salud (LGHP) <input type="checkbox"/> Medicare Secundaria, Otros seguro de responsabilidad civil Primaria <input type="checkbox"/> Medicare Secundaria, Sin-Culpa de Seguros incluyendo Auto es Primaria <input type="checkbox"/> Medicare Secundaria Compensación a los Trabajadores <input type="checkbox"/> Medicare Secundaria Administración de Veteranos <input type="checkbox"/> Medicare Secundaria enfermedad renal terminal beneficiario en los 12 meses con un período de coordinación empresarial del plan de salud de grupo <input type="checkbox"/> Medicare Secundaria Servicio de Salud Pública (PHS) o de otra agencia federal Medicare Secundaria Pulmón Negro	
FOR FULL CIRCLE HEALTH STAFF USE ONLY	
If the patient or guardian refuses to sign/complete this form, please complete this section. Date offered to patient: / / FULL CIRCLE HEALTH Staff Initials:	

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EXTERNO

Esta forma incluye información importante acerca de cómo se proporciona la atención a los pacientes en Family Medicine Health Center ("Centro de Salud"). Los pacientes y los padres, tutores y otros representantes de los pacientes deben leer cuidadosamente esta información o pedir ayuda que alguien le lea esta forma. Al firmar esta forma usted acepta recibir atención en el Centro de Salud de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:

1. **Consentimiento.** Solicito y autorizo al Centro de Salud y sus médicos, residentes, asistentes y designados a proporcionar la atención médica y el tratamiento necesario o conveniente para mí, o el paciente que identificado a continuación. Este cuidado puede incluir, pero no limitado a, radiología rutina de diagnóstico y procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos de rutina, productos biológicos y otros productos terapéuticos, y el cuidado médico y de enfermería de rutina.
2. **Emergencias.** Autorizo al Centro de Salud para llevar a cabo otros servicios adicionales o extendidos en situaciones de emergencia, si es necesario o conveniente con el fin de preservar la vida o la salud de mi o del paciente.
3. **Riesgos y Beneficios.** Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que el Centro de Salud no ofrece ninguna garantía o promesa de los resultados de la atención recibida.
4. **Los Cambios de Salud.** Yo entiendo que es mi responsabilidad de decirle al Centro de Salud si hay algún cambio significativo en la condición físico o emocional de mi, o el paciente.
5. **Pruebas.** Entiendo que las muestras de fluidos del cuerpo y / o tejidos del cuerpo pueden ser retirados durante las pruebas y procedimientos. Autorizo al Centro de Salud y sus afiliados para llevar a cabo otras pruebas en estos fluidos y / o tejidos del cuerpo con el fin de avanzar en tratamiento adicional, la investigación médica y el conocimiento y / o de disponer de estos fluidos y tejidos.
6. **Verificación del Medicamento.** Autorizo al Centro de Salud de ponerse en contacto con proveedores de atención médica con el que yo, o el paciente, recibimos tratamiento para obtener información médica y / o registros, incluyendo pero no limitado a, farmacias comerciales (es decir, Walgreens, CVS, Costco, etc.), y registros de alcohol y otras drogas de tratamiento para la verificación de mis medicamentos y el tratamiento.
7. **Enfermedades Transmisibles.** Se me ha informado y entiendo que pruebas del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) / SIDA, el VHC (virus de la hepatitis C) y HBsAg (Bvirus hepatitis) se pueden realizar en mí, o el paciente, sin mi consentimiento si un profesional de la salud, empleado del establecimiento o Primera Respuesta sostiene una exposición a mi, o el paciente de, sangre u otro fluido corporal.
8. **Objetos de Valor Personales.** Yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los objetos personales de valor que traigo conmigo, o el paciente, al Centro de Salud. Yo libero el Centro de Salud y sus agentes de toda responsabilidad por la pérdida o daño de cualquier y todos los elementos personales que elijo para mantener conmigo durante mi cuidado y tratamiento o del paciente.

9. **Programa de Residencia.** El Centro de Salud es operado por la Family Medicine Residency of Idaho. Los pacientes del Centro de Salud son atendidos por un equipo médico que incluye un médico, un residente y un proveedor de nivel medio (PA, NP, y CNM). El medico y residente serán sus principales proveedores. Un residente "es un médico que ha recibido un título en medicina (MD, DO) de una escuela médica acreditada y que practica la medicina bajo la supervisión de un médico con licencia, por lo general en un hospital o clínica". Doy mi consentimiento para un residente y estudiante involucrado en mi, o, en el cuidado del paciente.
10. **Reconocimiento de Prácticas de Privacidad.** Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud proporciona información acerca de cómo la información de salud protegidas sobre el paciente se utiliza o revela para fines de tratamiento, pago u operaciones del Centro de Salud. Información sobre enfermedades e infecciones transmisibles, incluyendo enfermedades venéreas, la tuberculosis, la hepatitis B, el complejo relacionado con el VIH (virus del SIDA) y el SIDA, información sobre alcohol y el tratamiento del abuso de drogas, los registros de tratamiento de salud mental, y los informes de abuso, abandono o negligencia puede ser utilizada y revelada bajo determinadas circunstancias. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que los términos del Aviso de Privacidad pueden cambiar y que puedo solicitar una copia actualizada del Centro de Salud en cualquier momento.
11. **Política de Asistencia.** Una copia de la Política de Asistencia del Centro de Salud ha puesta a mi disposición. Yo entiendo que es mi responsabilidad y de el paciente saber fechas de citas y horarios y comprendo que los servicios pueden interrumpirse en caso de que yo, o el paciente, no asisten a las citas programadas.
12. **Terminar Tratamiento.** Yo entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en el Centro de Salud en cualquier momento que decido hacerlo.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA FORMA (O LO HAN LEÍDO), HACER PREGUNTAS, Y TENER ESTAS PREGUNTAS CONTESTADAS.

Firma electrónica del paciente /Guardián

Fecha



INFORMED CONSENT FOR TELEHEALTH VISIT

I hereby consent to receiving treatment through telehealth from my Full Circle Health provider or a qualified member of his or her care team. If patient is a minor, I consent to have the minor (identified below) receive treatment through telehealth. I understand that "telehealth" is the mode of delivering health care services through information and communication technologies to facilitate the diagnosis, consultation, treatment, education, care management, and self-management of a patient's health care. I understand that telehealth also involves the communication of my medical information, both orally and visually, to health care providers located at Full Circle Health or elsewhere.

I understand that I have the following rights with respect to telehealth:

- (1) I have the right to withhold or withdraw consent at any time without affecting my right to future care or treatment or risking the loss or withdrawal of any program benefits to which I would otherwise be entitled. I understand that receiving treatment through telehealth does not mean I cannot receive in-person health care services, either today or in the future. I understand that there are limitations to the types of treatment that can be appropriately provided via telehealth, and that my provider determines whether or not it is appropriate for me to receive treatment via telehealth.
- (2) I understand that I may benefit from telehealth, but that results cannot be guaranteed or assured. I also understand that there are risks involved in receiving treatment via telehealth, such as interruption of the audio-video connection between me and my provider, or delays in receiving medical treatment because of technological failures.
- (3) I understand that in some cases a patient may require an in-person visit following a telehealth visit to adequately assess or treat some health concerns, for procedures, immunizations, or other issues and I also understand that there will be an additional charge if an in-person visit is required.
- (4) I understand that the patient must be located within the State of Idaho to participate in a telehealth visit.

I understand that I can discuss any questions that I have with my provider at the beginning of my telehealth visit, that my provider will answer any such questions, and that I may decline to continue the telehealth visit at any time.

By beginning my telehealth visit, I confirm that I have read and understand the information in this Informed Consent and give my informed consent to receive treatment via telehealth.

Electronic Signature of Patient

Date

Print Patient Name

Electronic Signature of Legal Guardian if Patient is a Minor

Date

Print Guardian Name

Relationship to Patient

AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, RESPONSABILIDAD FINANCIERA, PÓLIZA DE CREDITO

Autorización para Extender la Fractura Al Seguro Médico y Asignación de Beneficios.

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo Full Circle Health facturar directamente a mi compañía de seguros y también autorizo a cualquier tercer-pagador a través del cual ya tengo los beneficios de hacer el pago directamente a Full Circle Health. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Full Circle Health o compañía de seguros de usar y revelar información de la salud con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

Responsabilidad Financiera. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los cargos médicos incurridos en mi nombre en el Full Circle Health, incluyendo los cargos que no son pagados en su totalidad por mi seguro, los beneficios del programa de gobierno, u otros terceros pagadores. También estoy de acuerdo de pagar o reembolsar a Full Circle Health de todos los gastos en que pueda incurrir en la percepción de tales cantidades, incluyendo, pero no limitado a, honorarios de abogados y gastos de recaudación. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

Póliza de Credito.

FILOSOFÍA: Es el deseo del Full Circle Health para proporcionar servicios médicos y de salud conductual de calidad y sin barreras de acceso. Esta póliza nos guía en la provisión de acceso a la atención mientras asegurar que colectamos suma debidas a nosotros para la prestación de servicios. Para aquellos pacientes con cobertura de seguro, vamos a facturar el Seguro adecuadamente en el momento oportuno. Si usted no tiene cobertura de seguro, que son sensibles a sus limitaciones financieras y no queremos impedir el acceso a la atención que es vital para su salud. Full Circle Health trabajará con sus pacientes sobre los planes de pago para absolver los saldos de cuentas, solo que requiere que el paciente quede enganchado en este proceso y siga los términos que se han acordado.

PROCEDIMIENTO:

1. Vamos a solicitar el pago en el momento del servicio. Si no puede pagar el importe ajustado debido al momento de la cita, le pedimos que usted pague lo que pueda y Full Circle Health le facturará el equilibrio.
2. Si recibe un estado de cuenta de nosotros y no puede pagar la totalidad del saldo, solicitamos que se ponga en contacto con nosotros dentro de 30 días acerca de un plan de pago satisfactorio para solucionar las cantidades debidas.
3. Si no ha realizado ningún pago en su cuenta y no han acordado un plan de pago para resolver el equilibrio dentro de 30 días, usted recibirá un aviso de que su cuenta puede ser referido a una agencia de colección exterioragency.
4. Si usted no ha intentado resolver su cuenta el pago ni comunicarse con nosotros con respecto a un plan de pago, una notificación final será enviado a su última dirección conocida que le informa que su cuenta ha sido referido a una agencia de colección exterior. En el momento de su cuenta aparece con la agencia de cobro, su historial de crédito puede verse afectada negativamente.

Es la experiencia del Full Circle Health que la gran mayoría de nuestros pacientes a entender y coopera con nuestra política de crédito desde hace mucho tiempo. Full Circle Health está revelando nuestra política a usted ahora, para que podamos evitar cualquier malentendido en el futuro. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído, entiende y acepta cumplir con esta política de crédito.

Firma electrónica de la paciente /Guardián

Fecha



AUTORIZACIÓN MEDIGAP/ MEDICARE

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare / Medigap hacerse ya sea para mí o en mi nombre a la Family Medicine Health Center para cualquiera de los servicios proporcionados por mí departe de FMHC. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de la Seguridad Social y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma electrónica de la paciente /Guardián

Fecha



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TERCERAS PERSONAS

Al firmar esta autorización, autorizo a Full Circle Health a divulgar verbalmente cierta información de salud protegida (PHI) sobre mí a la persona nombrada a continuación con el fin de coordinar mi atención con el personal de programación, enfermería y proveedores. Específicamente, la siguiente información puede discutirse verbalmente con la persona autorizada: (Seleccione todas las que correspondan).

- Visitas de oficina
- Cargos, pagos, información de fractura
- Informes de rayos X y otras imágenes
- Pruebas/resultados de laboratorio
- Información sobre el SIDA/VIH:
- Informes de consulta
- Pruebas/resultados de patología
- Archivo completo
- Otro _____

Nombre de la persona que puede recibir su PHI

Relación con paciente

Número de teléfono

Esta autorización vencerá el _____. (Fecha de Vencimiento o Evento Definido. Si no se indica una fecha, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firmó).

Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona que la recibe y es posible que ya no esté protegida por la regla de privacidad federal HIPAA. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que Full Circle Health haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación por escrito debe enviarse al Oficial de privacidad de Family Medicine Residency of Idaho en 777 N. Raymond St., Boise, ID 83704. Entiendo que Full Circle Health no puede condicionar la atención médica del paciente a esta autorización a menos que el propósito de la evaluación y el tratamiento del proveedor sea divulgar información consistente con esta autorización.

Escriba el nombre de Paciente quien su PHI está autorizado

Fecha de nacimiento o # de Seguro Social

Firmado Por: _____
Firma del Paciente o Guardián Legal

Relación al paciente

Fecha

<p>FOR INTERNAL USE ONLY PARA USO INTERNO</p> <p>Date Request Received _____</p>



NUEVO FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre Legal: _____

Nombre Preferido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario. Si ha ingresado alguna de esta información en su Mychart, no necesita volverla a ingresar.

Enumere todos los problemas de salud actuales:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Enumere todos los medicamentos actuales con dosis y frecuencias (incluya medicamentos de venta libre y remedios naturales):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Enumere todas las alergias:

- _____
- _____
- _____

Enumere todas las cirugías y años en que ocurrieron:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Historia Familiar (marque todo lo que corresponda):

Relación	Uso de alcohol / drogas	Artritis	Asma	Cancer (¿Tipo?)	Problemas del corazón	Depresión	Diabetes	Colesterol Alto	Hipertensión	Enfermedad Renal	Enfermedad Hepática	Enfermedad Mental	Accidente Cerebrovascular	Problemas de Visión	Otro _____
Madre															
Padre															
Hermana															
Hermano															
Hija															
Hijo															
Tía materna															
Tía paterna															
Tío materno															
Tío materno															
Abuela materna															
Abuelo por parte de Madre															
Abuela paterna															
Abuelo paterno															
Otro															

 Soy adoptado No conozco mi historia familiar

Hábitos:
¿Fumas? Nunca Anteriormente Actual **¿Usa tabaco sin humo o vaporizador?** Sí No

Fecha de abandono: _____ Paquete/día: _____ Años fumando: _____

¿Bebes alcohol? Nunca Anteriormente Actual

 ¿Con qué frecuencia usted bebe? Menos de una vez/mes 2-4x/mes 2-3x/semana La mayoría de
 Cuántas bebidas toma en un día que está bebiendo: _____ los días

¿Usas drogas? Nunca Anteriormente Actual **¿Alguna vez se inyectó drogas?** Sí No

Tipo de droga(s) utilizadas:

 Benzodiazepinas Éxtasis Cocaína Heroína Marihuana Metanfetamina Opioides

¿Actualmente eres sexualmente activo? Sí No en este momento Nunca

 ¿Usas tú y tu (s) pareja (s) un método anticonceptivo? Sí No

En caso afirmativo, encierre en un círculo todos los que correspondan:

¿Qué tipos de pareja tiene?:

 Varón Femenino Ambos

 Condones Anillo Vaginal Píldora Parche
 DIU Nexplanon Inyección de Depo
 Espermicida Ligadura de Trompas Vasectomía

Historial de embarazo: Esto no se aplica a mí

¿Cuántos embarazos has tenido? _____

¿Cuántos partos? _____



NOTIFICACIÓN DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de Vigencia: 06/01/2013

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MEDICA Y COMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA ATENTAMENTE.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida, proporcionarle esta notificación de nuestros deberes y de privacidad con respecto a su información médica y notificar a los individuos afectados cuando se presenta una violación de la información sobre la salud no protegida. Esta notificación describe nuestros deberes y sus derechos pertinentes a su información. Nuestros deberes y sus derechos son expuestos completamente en 45 CPR Parte 164. Es nuestra obligación cumplir con los términos de este aviso que actualmente esta en vigencia.

1. **Usos y divulgaciones que se pueden hacer sin su autorización escrita:** Podríamos usar o revelar su información médica para ciertos propósitos sin una autorización escrita de su parte, incluyendo los siguientes:

- Tratamiento.** Podríamos utilizar y compartir su información sobre su salud para proporcionar, coordinar, o administrar su tratamiento médico y los servicios relacionados. Por ejemplo, podremos compartir información sobre su salud con otros médicos o personal que este involucrado en su atención medica para facilitar su tratamiento, proveer recordatorios, o también proveer información sobre tratamientos alternativos o servicios que se ofrecen para coordinar su cuidado.
- Pagos.** Podríamos utilizar o divulgar su información para obtener pago por los servicios que le hayamos proporcionado. Por ejemplo, podríamos divulgar información a su compañía de seguro médico o a otro encargado de pagar para obtener una autorización previa o el pago por un tratamiento.
- Operaciones relacionadas con la atención de salud.** Podríamos utilizar y divulgar SU información por ciertas razones que son necesarias nuestro funcionamiento y asegurarnos que nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podríamos usar información médica para entrenar o supervisar la ejecución de nuestro personal de igual manera tomar decisiones que estén influyendo en nuestra organización.

Otros usos y divulgaciones. También podríamos utilizar o divulgar su información para OTROS propósitos permitidos por 45 CFR § 164.512 y los reglamentos estatales o federales aplicables, incluyendo los siguientes:

- Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad y la de otros.
- En la medida que la ley estatal o federal lo exija, tales como denunciar el maltrato, Negligencia S o ciertos eventos.
- Según este permitido por las leyes de indemnización al trabajador para su uso en procedimientos de indemnización al trabajador.
- Para actividades de salud pública, tales como informar sobre ciertas enfermedades.
- Para realizar ciertas actividades de supervisión médica, como auditorias, investigaciones, regulación de licencias.
- En respuesta de una orden administrativa o del tribunal.
- Para ciertas funciones gubernamentales especializadas, tales como las fuerzas armadas o instituciones penitenciarias.
- Para propósito de investigación si se satisfacen ciertas condiciones.
- En respuesta a ciertas solicitudes que la ley lo autorice, como para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, o para reportar un fallecimiento o ciertos crímenes.
- A médicos forenses, directores de casas funerarias u organizaciones de donación de órganos según sea necesario para permitirles llevar a cabo sus deberes.

Arreglo de Atención Médica Organizada. Full Circle Health (FCH) es parte de un acuerdo organizado de atención médica que incluye a los participantes en OCHIN. Una lista actual de participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org como una asociación comercial de FCH, OCHIN suministra tecnología de información y servicios relacionados a FCH y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y acceder a los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de las derivaciones de pacientes internos y externos. FCH puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o un

intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para tratamiento médico o para fines de operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geo-codificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información descrita en las Reglas de privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las Reglas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya se haya proporcionado según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

2. **Divulgaciones que podremos hacer a menos de que usted objete.** *A menos de que usted nos indique lo contrario, podemos divulgar su información según se describe abajo:*
 - A un miembro de su familia, a un pariente, a un amigo o a otra persona que participa en su atención de salud o en el pago de su atención de salud. Limitaremos la divulgación a la información relevante a la participación de esa persona en la atención de su salud o pago de su atención médica.
 - Para actualizar la guía de información de nuestras instalaciones. Si una persona pregunta por usted por su nombre, solo divulgaremos su nombre, estado general, y ubicación dentro de las instalaciones. También podremos divulgar su afiliación religiosa al clero.
 - Para comunicarse con usted para recolectar fondos para nuestra organización. Usted puede optar por no recibir dichas comunicaciones en cualquier momento comunicándose con el Oficial de Privacidad identificado al final de este aviso.
3. **Usos y divulgaciones con su autorización escrita.** Otros usos y divulgaciones que no se describen en esta notificación se llevarán a cabo solo con su autorización escrita, incluyendo la mayoría de los usos y divulgaciones de las anotaciones de psicoterapia, la mayoría de los fines de mercadotecnia o si deseamos vender la información sobre su salud. Usted puede revocar su autorización presentando una notificación escrita al Directivo de Privacidad utilizando la información de contacto proporcionada al final de este documento. La revocación no será eficaz en la medida en la que la hayamos actuado basándonos en la autorización. Otros usos o divulgaciones no descritos en esta notificación requieren una autorización escrita.
4. **Sus derechos en relación a su información protegida sobre la salud.** Usted tiene los siguientes derechos en relación a la información sobre su salud.
 - Usted tiene el derecho de recibir una notificación en el evento de una violación de la información sobre la salud no protegida. *Para ejercer los siguientes derechos, usted debe presentar una solicitud escrita al Directivo de privacidad.*
 - Solicitar restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de información para fines de tratamiento, pago, u operaciones de atención a la salud. Nos se nos exige aceptar la restricción solicitada, excepto en la situación limitada en la que usted nos solicite que no enviemos información sobre un servicio de atención a la salud o artículo relacionado a su plan de salud para fines de pago si usted u otra persona pagan por completo ese servicio o artículo.
 - Normalmente, nos ponemos en contacto con usted usando el teléfono o mandamos correo a su hogar. Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta forma o a un lugar específico. Accederemos a todas las solicitudes que sean razonables.
 - Usted puede inspeccionar y obtener una copia de los registros que se utilizan para tomar decisiones sobre de atención o el pago de su atención. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos para proporcionarle sus registros. Podemos negarle su solicitud en circunstancias muy limitadas, e.g. si determinamos que la divulgación resultara en daños hacia usted u otra persona.
 - Usted puede solicitar que se modifique su información protegida sobre la salud. Podemos denegar su solicitud de modificación por ciertas razones, por ejemplo si no fue creada por nosotros o si determinamos que la información es precisa y esta completa.
 - Usted puede solicitar un listado explicando ciertas divulgaciones que hemos realizado de la información protegida sobre su salud. La primera lista que se solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Es posible que le cobremos por los costos de proporcionar la lista si solicita listas adicionales.
 - Usted puede solicitar una copia impresa de esta notificación. Usted retiene este derecho aunque usted acepte recibirla electrónicamente.
5. **Cambios a esta notificación.** Nos reservamos el derecho que cambiar esta Notificación en cualquier momento, y de hacer vigente la notificación para toda la información protegida sobre la salud que este en nuestro poder. Si hacemos un cambio significativo a la notificación, colocaremos la notificación modificada en la vista en nuestras oficinas y en nuestro sitio web. Puede obtener una copia de la notificación actual por parte de nuestras recepcionistas o del Directivo de Privacidad.

6. **Quejas.** Usted nos puede presentar una queja a nosotros o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Usted puede presentarnos una queja notificándonos de la forma indicada abajo. Todas las quejas deben realizarse por escrito. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
7. **Información de contacto de privacidad.** Si tiene preguntas sobre esta notificación, o si desea presentar una queja de privacidad, por favor comuníquese con:

Oficial de Privacidad: Kris Brock, CHPC
Teléfono: 208-514-2522
Dirección: 777 N Raymond St. Boise, ID 83704
Correo Electrónico: KristinaBrock@FullCircleIdaho.org



Estimado paciente,

Gracias por permitir **Full Circle Health** para ser su hogar de atención primaria para sus necesidades médicas. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de alta calidad centrada en usted. Prometemos respetarlo como individuo y como persona en su totalidad.

Como miembro de Full Circle Health, tiene acceso a:

- Citas el mismo día
- Asistencia telefónica las 24 horas
- Referencias a los mejores especialistas disponibles
- Coordinación de su atención en el hogar y en el hospital.
- Servicios de farmacia
- Acceso en línea usando MyChart en www.myfullcircle.org a:
 - Sus registros médicos
 - Sus resultados de laboratorio
 - Envíe un mensaje a su médico por correo electrónico
 - Programación de citas
 - Sus registros de vacunación

Nuestro objetivo como su hogar médico centrado en el paciente es que usted reciba la mejor atención médica posible, y esperamos trabajar junto a usted para lograrlo.

Para citas, llame al: (208) 514-2500

Para atención fuera del horario de atención, llame a cualquiera de nuestras clínicas y estaremos encantados de ayudarlo a usted y a sus necesidades médicas después de que nuestras clínicas estén cerradas.

Farmacias Full Circle Health
se habla español

Emerald Pharmacy

6565 W Emerald St.
Boise, ID 83704
PHONE: 208-514-2512

Meridian Pharmacy

2275 S Eagle Rd., #120
Meridian, ID 83642
PHONE: 208-954-8722

Raymond Clinic

777 N Raymond
Boise, ID 83704
PHONE: 208-514-2500

Idaho Street Clinic

325 W Idaho St
Boise, ID 83712
PHONE: 208-514-2525

Emerald Clinic & Wellness Center

6565 W Emerald St
Boise, ID 83704
PHONE: 208-514-2510

Meridian Clinic

2275 S Eagle Rd., #120
Meridian, ID 83642
PHONE: 208-514-2520

Meridian Schools Clinic

925 NW 1st St
Meridian, ID 83642
PHONE: 208-514-2527

Kuna Clinic

708 E Wythe Ck Ct., #103
Kuna, ID 83634
PHONE: 208-922-5130

Nampa North Clinic

9850 W St Luke's Dr., #329
Nampa, ID 83687
PHONE: 208-514-2509

Nampa South Clinic

215 E Hawaii Ave., #140
Nampa, ID 83686
PHONE: 208-514-2529

Nampa Pediatrics

215 E Hawaii Ave., #150
Nampa, ID 83686
PHONE: 208-514-2502

Boise Pediatrics

8610 W Overland Rd.
Boise, ID 83709
PHONE: 208-XXX-XXXX