



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.:	
Nombre Preferido:		Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Móvil:	Correo Electrónico (E-Mail):		
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					
Estado Civil: (Elige Uno) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)					
Raza: (Elija todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Nativo de <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Hawaii <input type="checkbox"/> Paciente Se Negó <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> India Asiática <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Blanco					
Etnicidad: (Elige Uno) <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino(a), o Español <input type="checkbox"/> Múltiples orígenes hispanos, latinos(a) o españoles <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino(a) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicanoamericano o Chicano(a) <input type="checkbox"/> Paciente se negó					
Estado de Veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No-Veterano Idioma preferido:					
Trabajadores Agrícola: ¿Alguien de su familia ha trabajado en la agricultura (campos, huertas, etc.) en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si es que sí, esa persona trabajó por menos de 12 meses al año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si es que sí, esa persona tenía que mover de un lugar a otro para el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Hay alguien en su hogar que se ha retirado de trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Estado de Vivienda: <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"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Otro		
IN CASE OF EMERGENCY					
Nombre del Amigo o Pariente Local: (no vive en la misma dirección)					
Relación con el Paciente:		Número de Teléfono:		Número de teléfono alternativo:	
PERSONA RESPONSIBLE					
Persona Responsable:		Fecha de Nacimiento:	Dirección: (si es diferente)		Teléfono de Casa:
Ocupación:		Empleador:	Dirección del Empleador:		Teléfono del empleador:
Tamaño de la Familia: (incluido usted)			Ingreso Anual del Hogar:		
¿Es esta persona un paciente en Full Circle Health? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Este paciente está cubierto por un seguro? <input type="checkbox"/> Sí <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:			Nombre del Suscriptor:		
Número de Seguro Social del Suscriptor:			Número de Seguro Social del Suscriptor:		
Fecha de Nacimiento del Suscriptor:			Fecha de Nacimiento del Suscriptor:		
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		
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 periodo de coordinación empresarial del plan de salud de grupo <input type="checkbox"/> Medicare Secundaria, Servicio de Salud Pública (PHS) o de otra agencia federal <input type="checkbox"/> 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 Full Circle Health ("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.** Entiendo que si un profesional de la salud, un empleado de una instalación o un primer respondedor se expone a mi sangre u otros fluidos corporales mientras me brinda atención, se pueden realizar ciertos análisis de sangre. Estas pruebas pueden incluir VIH (virus de la inmunodeficiencia humana/SIDA), Hepatitis C (HCV) y Hepatitis B (HBsAg). Entiendo que, en esta situación específica, estas pruebas pueden ser requeridas por la ley y pueden realizarse sin mi consentimiento previo para ayudar a proteger la salud y seguridad de la persona expuesta.
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 Full Circle Health. 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 médico 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.
13. **Uso de la Inteligencia Artificial (IA) en la Documentación Médica.** Entiendo que Full Circle Health puede utilizar herramientas informáticas seguras y conformes con HIPAA, llamadas inteligencia artificial (IA), para ayudar a los proveedores a crear y mantener mis notas médicas. Estas herramientas apoyan la precisión y eficiencia, pero no reemplazan el juicio profesional de mi proveedor de atención médica. Puedo hacer preguntas en cualquier momento y puedo solicitar que no se use la IA para mis notas de visita.

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



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).

- Administrar Citas
- Información sobre el uso de Sustancias
- Pagos, Información de Fractura
- Informes de rayos X y otras imágenes
- Resultados de Laboratorio
- Información sobre el SIDA/VIH:
- Dar Información Médica
- Información de Salud Mental
- Recibir Información Médica
- Todas las Anteriores
- Otro _____

Nombre de la persona que puede recibir su PHI

Relación con paciente

Número de teléfono

Esta autorización vencerá Hasta la Muerte Hasta que sea Revocado Fecha ___/___/____.
(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 Full Circle Health 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

Uno mismo Guardiana

Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY
PARA USO INTERNO
Date Request Received _____



AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Paciente Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Otros nombres con los que el Paciente ha sido tratado: _____

Yo Autorizo:

Nombre: Full Circle Health

Dirección: 777 N Raymond St. Boise, ID 83704

Teléfono: (208) 514-2500 Fax: (208) 375-2217

Para **divulgar** mi información médica confidencial a: Para **solicitar** mi información médica confidencial de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Paciente recoger copias en papel Portal del paciente/ MyChart Registros en una unidad flash Enviar copias por fax

Para los siguientes propósito: (marque uno o más)

- para proporcionar tratamiento coordinación de la atención a petición del paciente
- mercadeo / recaudación de fondos transferencia de cuidado medico Otro _____

Autorizo PROVEEDOR y sus empleados, agentes o profesionales de la salud asociados a utilizar o divulgar la información protegida sobre la salud del paciente como se describe a continuación.

- Visita Médica Contabilidad de Visitas Informes de rayos X y otras imagines
- Reportes de Consulta Exámenes de Patología Expediente complete
- Pruebas de Laboratorio Cargos, pagos, información de facturación Otro _____
- Salud Mental/Notas de Asesoramiento

Salud proporciona entre (fecha): _____ y (fecha): _____

Esta autorización expirará en la fecha o evento siguiente: _____. Si no hay una fecha o evento específico que se indica, esta autorización expirará un (1) año desde la fecha de esta autorización.

- Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Proveedor ha tomado acción basada en esta autorización. Para revocar esta autorización, debo presentar una revocación por escrito a: **Full Circle Health: 777 N Raymond St. Boise, ID 83704**
- Entiendo que PROVEEDOR no puede condicionar la asistencia sanitaria del paciente en esta autorización a menos que la finalidad para la evaluación y tratamiento del PROVEEDOR es obtener y divulgar información a entidades de conformidad con esta autorización, el paciente está involucrado en el tratamiento relacionado con la investigación y el uso o revelación es para este tipo de investigación.
- Entiendo que la información divulgada por PROVEEDOR de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por la entidad que recibe esta información y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad.
- Entiendo que puedo tener un cargo si hay más de 15 páginas se copian y que el pago es debido antes de la liberación de los archivos.

Firma del paciente/Guardián

Fecha

Autoridad o su relación con el Paciente

For Office Staff Only	
Received:	_____
Processed:	_____
Amount: \$	_____



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):

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

Farmacia Preferida _____

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? _____



Orientación Sexual Identidad de Género:

Orientación Sexual:
<input type="checkbox"/> Heterosexual
<input type="checkbox"/> Bisexuales
<input type="checkbox"/> Algo Más
<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Elija No Divulger
<input type="checkbox"/> Gay
<input type="checkbox"/> Lesbians
<input type="checkbox"/> Pansexual
<input type="checkbox"/> Queer
<input type="checkbox"/> Omnisexual
<input type="checkbox"/> Asexual

Identidad de género:
<input type="checkbox"/> Femenina
<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Mujer Transgénero / Hombre a Mujer
<input type="checkbox"/> Hombre Transgénero / Mujer a Hombre
<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Elija no divulgar
<input type="checkbox"/> No Binario / Género Queer
<input type="checkbox"/> Búsqueda
<input type="checkbox"/> Dos Espiritu

Pronombres preferidos:
<input type="checkbox"/> Ella/De Ella
<input type="checkbox"/> Él/Sus
<input type="checkbox"/> Ellos/Los suyos
<input type="checkbox"/> Ze/Hir/Hirs
<input type="checkbox"/> Ey/Em/Eirs
<input type="checkbox"/> Xe/Sem/Xyrs
<input type="checkbox"/> Ve/Vir/Vis
<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Nombre del paciente
<input type="checkbox"/> Negarse a Contestar
<input type="checkbox"/> Desconocido

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 06/01/2013 Fecha de revisión: 02/01/2026

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA. TAMBIÉN EXPLICA SUS DERECHOS A CONSULTAR Y OBTENER UNA COPIA DE DICHA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica. Debemos informarle sobre nuestras prácticas de privacidad, cumplir con los términos de este Aviso y notificarle en caso de que se produzca una violación de la seguridad de su información médica.

Este aviso explica cómo podemos usar y compartir su información de salud y describe sus derechos. Las normas legales completas se encuentran en la ley federal, en la sección 45 CFR Parte 164. Debemos cumplir con el aviso que esté vigente en este momento.

Este aviso también explica sus derechos conforme a las normas federales de privacidad actualizadas. Estas normas incluyen disposiciones sobre la obtención de copias de sus expedientes, el uso de información de salud electrónica, la protección de la información sobre salud reproductiva y el uso de inteligencia artificial (IA), cuando corresponda.

Uso de la tecnología y la inteligencia artificial (IA)

Podemos utilizar tecnología, incluida la inteligencia artificial (IA), para tareas como la programación de citas, la elaboración de historiales médicos, la mejora de la calidad y las tareas administrativas. Estas herramientas se utilizan de forma que protegen su privacidad y cumplen con las leyes estatales y federales.

Full Circle Health podría utilizar un asistente de inteligencia artificial para tomar notas durante su consulta. Puede hacer preguntas sobre esta herramienta. Si lo desea, puede indicarle a su equipo médico que prefiere no utilizar el asistente de IA. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios.

Deberes legales:

Estamos obligados por ley a:

- Proteger la privacidad de su información de salud protegida (PHI);
- Proporcionarle este Aviso que explica nuestras prácticas de privacidad;
- Cumplir con los términos de este Aviso; y
- Notificarle en caso de que se produzca una violación de la información de salud protegida no segura.

Estas obligaciones son exigidas por la ley HIPAA, la ley federal que protege la información médica de los pacientes.

1. **Usos y divulgaciones que podemos realizar sin autorización por escrito.** Podemos usar o compartir su información de salud sin su permiso por escrito por los motivos que se enumeran a continuación:

- Tratamiento.** Podemos usar o compartir su información para brindarle atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información con otro profesional de la salud, recordarle sus citas o informarle sobre las opciones de tratamiento o los servicios que ofrecemos.
- Pago.** Podemos usar o compartir su información para recibir el pago de los servicios que brindamos. Por ejemplo, podemos compartir información con su compañía de seguro médico para obtener la aprobación o el pago de la atención recibida.
- Operaciones de atención médica.** Podemos usar o compartir su información para gestionar nuestra organización y mejorar la atención. Por ejemplo, podemos evaluar el desempeño del personal, capacitar a los empleados o tomar decisiones para mejorar los servicios.

Otros usos o divulgaciones. También podemos usar o compartir su información según lo permita la ley, incluyendo:

- Para prevenir una amenaza grave para su salud o seguridad, o la seguridad de terceros.
- Cuando lo exija la ley estatal o federal, como en el caso de la denuncia de abuso o negligencia.
- Para reclamaciones de compensación laboral.

- Para actividades de salud pública, como la notificación de enfermedades.
- Para actividades de supervisión sanitaria, como auditorías o inspecciones.
- En respuesta a una orden judicial, citación o mandamiento.
- Para ciertas actividades gubernamentales, como fines militares o penitenciarios.
- Para fines de investigación aprobados.
- Para fines de aplicación de la ley, como la localización de una persona desaparecida o la denuncia de un delito.
- A forenses, directores de funerarias u organizaciones de donación de órganos, según sea necesario.

1.a. **Comunicaciones electrónicas y telesalud.** Podemos comunicarnos con usted electrónicamente, por ejemplo, a través de portales para pacientes, mensajes de texto, correo electrónico o plataformas de telemedicina, en relación con su atención médica o sus citas. La comunicación electrónica puede conllevar ciertos riesgos. Puede solicitarnos que limitemos la forma en que nos comunicamos con usted o solicitar otro método en cualquier momento.

1.b. **Protección de la información sobre salud reproductiva.** No utilizaremos ni compartiremos su información de salud reproductiva con fines policiales ni para acciones legales relacionadas con la atención médica reproductiva lícita. Solo compartiremos esta información si así lo exige la ley o si usted nos otorga su consentimiento por escrito, cuando corresponda.

Acuerdo de atención médica organizada. Full Circle Health (FCH) forma parte de un sistema de atención médica organizado junto con OCHIN y sus participantes. Puede consultar la lista de participantes de OCHIN en: www.ochin.org.

OCHIN proporciona servicios de tecnología de la información y soporte técnico, incluyendo sistemas de historias clínicas electrónicas. OCHIN también colabora en la mejora de la calidad y la coordinación de las derivaciones de pacientes.

Su información de salud puede compartirse con otros participantes de OCHIN o con plataformas de intercambio de información médica cuando sea necesario para su tratamiento o para las operaciones de atención médica. Esto puede incluir información sobre la atención médica recibida en el pasado, en el presente o en el futuro. Cualquier intercambio de información se realiza de conformidad con la ley HIPAA y demás leyes aplicables.

2. **Información que podemos divulgar a menos que usted se oponga.** *A menos que nos indique lo contrario, podremos compartir su información tal como se describe a continuación.*

- Con un familiar, amigo u otra persona involucrada en su atención o en el pago de la misma. Solo compartiremos información relacionada con su participación.
- Para el directorio de nuestro centro. Si alguien pregunta por usted por su nombre, podemos compartir su nombre, su estado general de salud y su ubicación. También podemos compartir su afiliación religiosa con el clero.

2.a. **Comunicaciones para la recaudación de fondos.** Es posible que nos pongamos en contacto con usted para recaudar fondos para nuestra organización. Puede cancelar la recepción de comunicaciones sobre recaudación de fondos en cualquier momento comunicándose con nuestro Responsable de Privacidad de HIPAA o enviando una notificación por escrito. Cancelar la suscripción no afectará su atención médica ni sus pagos.

3. **Usos y divulgaciones con su autorización por escrito.** Solo utilizaremos o compartiremos su información por motivos no mencionados en este Aviso si nos otorga su consentimiento por escrito. Esto incluye la mayoría de los usos de las notas de psicoterapia, fines de marketing o la venta de su información.

Puede revocar su consentimiento en cualquier momento escribiendo al Contacto de Privacidad que se indica a continuación. Esto no afectará las acciones ya realizadas con base en su consentimiento.

4. **Sus derechos en relación con su información de salud protegida.**

- Usted tiene derecho a ser notificado si se produce una violación de la confidencialidad de su información médica no protegida.

Para ejercer los derechos que se mencionan a continuación, debe presentar una solicitud por escrito al responsable de privacidad de HIPAA.

- Puede solicitarnos que limitemos el uso o la divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que pague el servicio en su totalidad y nos pida que no compartamos esa información con su aseguradora de salud.
 - Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera diferente o en un lugar diferente. Atenderemos las solicitudes razonables.
 - Puede consultar u obtener una copia de su historial médico o de facturación, incluida una copia electrónica. Podemos denegar el acceso en casos limitados, por ejemplo, si pudiera causar algún daño.
 - Puede solicitarnos que corriamos su información de salud. Podemos denegar la solicitud si no creamos el registro o si este es preciso y completo.
 - Puede solicitar una lista de las ocasiones en que hemos compartido su información. Una lista cada 12 meses es gratuita. Podemos cobrar una tarifa por solicitudes adicionales.
 - Puede solicitarnos que enviemos una copia electrónica de su información de salud a la persona u organización que usted elija, si es posible.
5. **Cambios a este aviso.** Podemos modificar este aviso en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a toda la información de salud que tengamos. Si realizamos cambios importantes, publicaremos el aviso actualizado en nuestra área de recepción y en nuestro sitio web. Puede solicitar una copia en cualquier momento.
6. **Quejas.** Puede presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Puede presentar la queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
7. **Información de contacto.** Si tiene preguntas, desea ejercer sus derechos o presentar una queja, póngase en contacto con:

Oficial de privacidad: Oficial de privacidad de HIPAA
Teléfono: 208-514-2522
Dirección: 777 N Raymond St. Boise, ID 83704
Correo electrónico: CQO@fullcircleidaho.org



Política de Full Circle Health sobre inasistencias a citas.

En Full Circle Health, queremos asegurarnos de que cada paciente reciba la atención que necesita, cuando la necesita. Cuando se cancelan citas sin previo aviso, esto impide que otros pacientes puedan ser atendidos.

¿Qué es una incomparecencia?

Una incomparecencia se produce cuando no acude a su cita y no se pone en contacto con nosotros con antelación para cancelarla o reprogramarla.

Por qué es importante:

Avisarnos con antelación nos permite ofrecer esa cita a otro paciente y garantiza que la atención médica continúe sin interrupciones para todos.

Normas sobre inasistencias:

- **Pacientes habituales:** Si falta a tres (3) citas en un período de doce (12) meses, es posible que ya no podamos brindarle atención médica.
- **Pacientes nuevos:** Si falta a dos (2) citas durante sus primeras visitas, es posible que no pueda continuar recibiendo atención médica con nosotros.

Si pierdes una cita

Recibirá un mensaje informándole que no pudo asistir a su cita y le invitaremos a que nos llame para reprogramarla.

Cómo evitar no presentarse a una cita:

- Llámenos tan pronto como sepa que no podrá asistir a su cita.
- Con gusto le ayudaremos a encontrar un horario que le convenga más.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, comuníquese con su clínica. Gracias por ayudarnos a brindar atención oportuna a todos nuestros pacientes.