

**DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC**  
206 E 16<sup>TH</sup> ST DALHART TX 79022  
PH: 806-244-5668 FAX: 806-244-5912

**INFORMACION DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)**

**Favor de Completar**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre legal del paciente \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Primero Segundo Apellido Sufijo

Nombre que prefiere \_\_\_\_\_ Nombre de soltera/Nombre al nacer \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

No. De Licencia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Circule: Casado Soltero Divorciado Viuda

Dirección de envío \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código

Dirección física \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Farmacia Preferida \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ No. De teléfono \_\_\_\_\_

**Informacion del padre/guardian/responsable del menor de edad**

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# de seguro social \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo Y Telefono \_\_\_\_\_

**Información de contacto en caso de emergencia**

Contacto #1 \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código

Contacto #2 \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código



1411 Denver Avenue  
Dalhart, Texas 79022  
[www.dhchd.org](http://www.dhchd.org)

**PRIMERA SEGURANZA**

Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seg. Social \_\_\_\_\_  
Relación al paciente \_\_\_\_\_ No. Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

**SEGUNDA ASEGURANZA**

Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seg. Social \_\_\_\_\_  
Relación al paciente \_\_\_\_\_ No. Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de personas autorizadas de traer al menor a sus citas aparte de los padres/guardianes:

Nombre y relación al paciente: \_\_\_\_\_

Por favor marque

Raza: \_\_\_\_\_ Indio o nativo de Alaska  
\_\_\_\_\_ Asiático  
\_\_\_\_\_ Afroamericano  
\_\_\_\_\_ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico  
\_\_\_\_\_ Americano  
\_\_\_\_\_ Hispano  
\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Usa tabaco: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Yo doy consentimiento a esta oficina para ser diagnosticada y tratada por todo el personal médico calificado para mí o niño/a. Entiendo que se me ha dado la opción de ver a cualquiera de los otros médicos antes de hacer cita.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He pedido y recibido una copia de las prácticas de privacidad de la clínica \_\_\_\_\_ (iniciales del paciente/padre)

Firma del Paciente / Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_

**Gracias por elegir DFMC para sus necesidades de salud.**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DALHART**  
206 E 16<sup>th</sup> St. Dalhart, TX, 79022  
PH: (806) 244-5668 F: (806) 244-5912

**Historia clínica**  
(Por favor marque los que correspondan)

Dolor de angina de pecho, tórax	GERD (reflujo)	Osteoartritis
Enfermedad arterial coronaria	Síndrome de intestino irritable (IBS)	Artritis reumatoide
Enfermedad valvular cardiaca	Enfermedad de Crohn (IBD)	Gota
Arritmias (Fibrilacion, WPW, etcetera)	Colitis ulcerosa (EII)	Osteoporosis
Hipertensión	Pancreatitis	Fibromialgia
Hiperlipidemia	Enfermedad de úlcera péptica	Dolor lumbar crónico
Insuficiencia cardíaca congestiva	Gastritis	Dolor crónico en las articulaciones (por favor especifique):
Aneurisma abdominal	Hemorroides	
Historia de MI	Estreñimiento crónico	
Enfermedad Vascular periférica	Incontinencia fecal	
Sincope	Hepatitis	Pérdida de la audición
Mellitus de la diabetes	Hígado graso	Glaucoma
Hipotiroidismo	Colonoscopia, anómala (por favor especifique):	Cataratas
Hipertiroidismo		Pérdida de la visión
Anemia	Dolores de cabeza	Acné
Desorden de la sangre	Accidente cerebrovascular (ACV) o TIA	Eccema
Trastorno en la coagulación	Convulsiones, epilepsia	Psoriasis
Trombocitopenia	Neuropatía periférica	
Trombosis venosa profunda (TVP)	Síndrome de piernas inquietas	Varicela
Embolia pulmonar (PE)	Demencia	VIH/SIDA
COPD	Enfermedad de Parkinson	MRSA
Asma	Esclerosis múltiple	Tuberculosis anormales PPD (Sírvese especificar):
Apnea del sueño	Depresión	Rubéola
Enfermedad renal crónica	Ansiedad	Poliomielitis
Incontinencia urinaria	Trastorno bipolar	Papera
Piedras en el riñón	Anorexia	Contra el sarampión
Infección urinaria recurrente	Bulimia	Fiebre reumática
Cistitis intersticial	Esquizofrénico	
Hematuria	ADD/ADHD	
	Trastorno del espectro autista	
	Retraso de aprendizaje	
Cáncer (especifique tipo):	Otros (especifique):	

Por favor, asegúrese de continuar a la siguiente página...



**Historia quirúrgica**

	Fecha		Fecha		Fecha
Amigdalectomía		Colecistectomía		Mastectomía	
Cirugía dental		Apendicectomía		Tumorectomía	
Cateterismo cardíaco		Esplenectomía		Biopsia de mama	
Stent coronario		Colonoscopia			
CABG		Resección del intestino		Eliminación del cáncer de piel	
Marcapasos/desfibrilador		Reparación de la hernia			
Reemplazo de la válvula		Bypass gástrico		Sección cesariana	
Tiroidectomía		Cirugía de la vejiga		Ligadura de trompas bilateral	
Paratiroidectomía		Cirugía de riñón		Histerectomía	
Cirugía de columna (por favor especifique):		Conjunto de reemplazo (por favor especifique):		Extirpación de ovario	
				LEEP	
				D & C	
Otros (especifique):					

**Historia de la familia**  
(Por favor marque los que correspondan)

	Padre	Madre	Hermano	Niños	Materna Abuela	Abuelo materno	Abuela paterna	Paternal Abuelo
Mellitus de la diabetes								
Enfermedad de la tiroides								
Hipertensión								
Hiperlipidemia								
Enfermedad arterial coronaria								
Insuficiencia cardíaca congestiva								
Ataque al corazón (MI)								
Arritmia								
Golpe								
Demencia								
Asma/EPOC								
Desorden de la sangría								
Trastorno en la coagulación								
Desorden autoinmune								
Depresión								
Adicción a la								
Enfermedad del riñón								
Cáncer (Sírvese especificar):								
Otros (especifique):								

Por favor, asegúrese de continuar a la siguiente página...

Historia de la obstetricia y Ginecología (sólo hembras)

Períodos de edad iniciado: \_\_\_ edad períodos parados: \_\_\_  
 Última menstruación: \_\_\_ duración promedio del período: \_\_\_ longitud promedio entre períodos: \_\_\_  
 # de embarazos: \_\_\_ # de abortos involuntarios: \_\_\_ # de nacidos vivos: \_\_\_  
 Método de control de la natalidad: \_\_\_\_\_  
 Último frotis de Papanicolaou (fecha / resultados): \_\_\_\_\_  
 Último mamograma (fecha / resultados): \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: (incluya cualquier medicamento de venta libre y suplementos herbales)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA	FRECUENCIA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA	FRECUENCIA

FARMACIA PREFERIDA: \_\_\_\_\_

Alergias (medicamentos, alimentos, medioambientales, etc.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Historia social

Uso de tabaco: Actual: { } Sí { } NO Si la respuesta es sí, ¿cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Pasado: Sí NO ¿Cuándo renunció? \_\_\_\_\_ Exposición de segunda mano: SI NO

Uso de alcohol: Sí NO Si la respuesta es sí, ¿cuánto / con frecuencia? \_\_\_\_\_

Uso de sustancias:  Ninguna  Marihuana  Opiáceos  Cocaína  Heroína  Anfetaminas  Alucinógenos  Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  
 Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

La información proporcionada en este historial médico es precisa a mi leal saber y entender.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



1411 Denver Avenue  
Dalhart, Texas 79022  
[www.dhchd.org](http://www.dhchd.org)

**DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC**  
206 E 16TH ST DALHART, TEXAS 79022  
Phone: (806) 244-5668 Fax: (806) 244-5912

**CONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ (paciente/guardian responsable) e sido notificado por los empleados de la clinica que mi aseguranza \_\_\_\_\_ puede rechazar pago por ciertos tratamientos medicos. Si mi aseguranza rechaza pago yo entiendo que soy totalmente responsable por el pago de los servicios recibidos. Tambien comprendo que yo personalmente puedo apelar y discutir el rechazo de mi covertura con mi aseguranza y que covertura de servicios puede cambiar en cualquier momento sin notificacion por causa mia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Dia

\_\_\_\_\_  
Firma de Rep de Clinica

\_\_\_\_\_  
Dia

**DRAFT CHOICE OF LAW AND FORUM CLAUSE**

**NONEMERGENCY**

**AGREEMENT AS TO GOVERNING LAW AND FORUM**

The patient, including patient's representative and heirs or beneficiaries, and the health care provider, including employees and agents of the health care provider, rendering or providing medical care, health care, or safety or professional or administrative services directly related to health care to patient agree:

1. That all health care rendered shall be governed exclusively and only by Texas law, and in no event shall the law of any other state apply to any health care rendered to patient; and
2. In the event of a dispute, any lawsuit, action, or cause of which in any way relates to health care provided to the patient shall be brought only in a Texas court in the county/district where all or substantially all of the health care was provided or rendered, and in no event will any lawsuit, action, or cause of action ever be brought in any other state. The choice of law and forum selection provisions of this paragraph are mandatory and are not permissive.

---

Signature of Patient

Date

**NO ES DE EMERGENCIA**

**ACUERDO CON RESPETO A LA LEY APLICABLE Y FORO:**

El paciente, incluyendo el representante del paciente, y herederos o beneficiarios, y el proveedor de cuidado de la salud, incluyendo a los empleados y agentes del proveedor de atención médica, la prestación o la prestación de asistencia médica, cuidados de la salud, o servicios de seguridad o profesionales o administrativos directamente relacionados con la atención sanitaria a los pacientes de acuerdo de:

1. Que todo cuidado de la salud se registrarán exclusivamente y sólo por la Ley de Texas y en ningún caso la ley de cualquier otro estado aplicará a cualquier cuidado de la salud prestada al paciente; y
2. En el caso de una disputa, cualquier demanda, acción o causa que de alguna manera se relaciona con el cuidado de la salud proporcionado al paciente sólo será llevada en un tribunal de Texas en el condado / distrito donde todo o sustancialmente todo cuidado de la salud fue prestada o proporcionada y en ningún caso cualquier demanda, acción o causa de acción nunca será llevada en cualquier otro estado. La elección de las disposiciones legales y selección de foro de este párrafo son obligatorios y no son permisivas.

---

Signature of Patient

Date





1411 Denver Avenue  
Dalhart, Texas 79022  
[www.dhchd.org](http://www.dhchd.org)

**Forma de liberación HIPPA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo la publicación de información, incluyendo el diagnóstico, registros: examen rendido a mí y reclama información.

Esta información puede ser divulgada para:

Spouse \_\_\_\_\_

Niño (s) \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

Esta versión de información permanecerán en vigor hasta su rescisión por mí en la escritura.

Mensajes: \_\_\_\_\_

Por favor llame:

- Mi casa
- Mi trabajo
- Mi numero de celular: \_\_\_\_\_

Si no puede contactarme:

- Usted puede dejar un mensaje detallado
- Por favor deje un mensaje para devolver la llamada
- No deje un mensaje.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Política de no presentación

La atención de calidad para nuestros pacientes es nuestra prioridad. Por favor, tómese unos minutos para revisar nuestra política de "no presentarse" y firme en la parte inferior del formulario. Si tiene alguna pregunta, háganoslo saber.

### DEFINICIÓN DE UNA CITA "NO-SHOW"

Dalhart Family Medicine Clinic/High Country Community Rural Health Clinic define la cita "no-show" como cualquier cita programada en la que el paciente ya sea

- No llega a la cita
- Cancela con menos de 24 horas de antelación
- Llega con más de 15 minutos de retraso y, por lo tanto, no puede ser visto

Las citas "no-show" tienen un impacto negativo significativo en nuestra práctica y la atención médica que brindamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente "no muestra" una cita programada:

1. Potencialmente pone en peligro la salud del paciente que "no se muestra"
2. Es injusto para los otros pacientes who podría haber tomado el espacio de cita
3. Falta el respeto al tiempo del proveedor, otros pacientes y el tiempo del personal
- 4.

Para evitar una cita "no show", llegue 15 minutos antes o dé a leas 24 horas de anticipación para cancelar la cita. La razón por la que le pedimos que llegue 15 minutos antes de la hora de su cita es para permitir que nuestro personal aborde preguntas sobre el seguro o la facturación, actualice su registro en nuestros registros médicos electrónicos y le permita a la enfermera tiempo para aloque y prepararlo para ser visto por el proveedor.

Nuestro centro de llamadas intentará comunicarse con usted el día antes de su cita programada para confirmar su visita. **Debemos tener un número de teléfono correcto para comunicarnos con usted. Es su responsabilidad mantenernos actualizados con cualquier número de cambios.** Si nuestro centro de llamadas no puede confirmar su cita, comuníquese con nuestra oficina al 806-244-5668 antes de las 9 AM del día hábil antes de la cita para hacer cambios.

### CONSECUENCIAS DE LAS CITAS "NO SHOW"

Si falta a 3 citas dentro de un año, es posible que se le pida que busque otro proveedor dentro de los 30 días. He leído y entiendo la política de "No Show" de dalhart Family Medicine Clinic/High Country Rural Health Community Clinic como se describió anteriormente.

Fecha de firma del paciente

Fecha



**EVALUACIÓN DEL SUEÑO Y ESCALA EPWORTH**

(Cuestionario utilizado para identificar candidatos a trastornos del sueño)

Nombre del pacien \_\_\_\_\_  
HT: \_\_\_\_\_ Wt: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Dñuma # \_\_\_\_\_

Por favor, enumere cualquier problema médico en los últimos 5 años (hipertensión, diabetes, cirugía, etc.)

---

¿Ha sufrido un ataque cardíaco o un derrame cerebral? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_

- Si tiene presión arterial alta o hipertensión, está tomando varios medicamentos:
- |  | Sí | No | Sí No           |
|--|----|----|-----------------|
| 1. ¿Roncas por la noche                                  | sí | no | de vez          |
| 2. Pausas presenciadas en la respiración mientras duerme | sí | no | ocasionalmente  |
| 3. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño             | sí | no | de vez          |
| 4. ¿Tiene dificultad para mantener el sueño              | sí | no | ocasionalmente? |
| 5. Experimenta cansancio diurno excesivo                 | sí | no | ocasionalmente  |
- ¿Te despiertas con frecuencia con: (por favor, circula)

Boca seca Congestión nasal Dolor de cabeza Acidez estomacal Dolor en el pecho  
Sudoración excesiva Asfixia y jadeo Sensación de aturdimiento o no refrescamiento

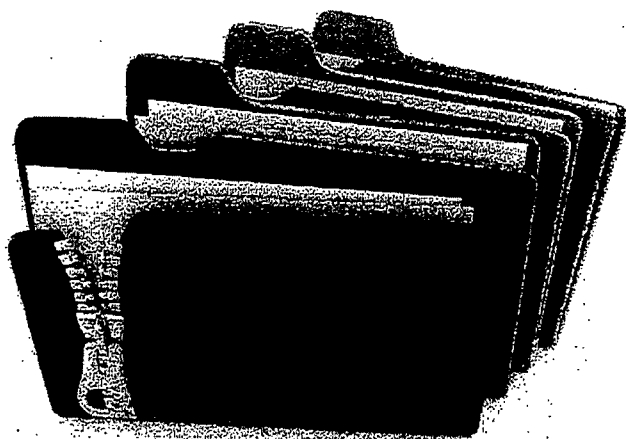
Elija el valor numérico apropiado para representar la probabilidad de quedarse dormido en las siguientes situaciones. Trate de ser lo más honesto posible.

	0-nunca	1-ligera probabilidad	2-moderada	3-siempre
Sentarse y leer	0	1	2	3
Viendo T.V.	0	1	2	3
Sentado, Inactivo en un lugar público (Sala de cine, reunión)	0	1	2	3
Sentarse y hablar con alguien	0	1	2	3
Sentarse tranquilamente después del almuerzo sin alcohol	0	1	2	3
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso	0	1	2	3
Conducir un vehículo durante dos o más horas	0	1	2	3
Acostarse a descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	0	1	2	3

Solo uso de Office- Total: \_\_\_\_\_

**X**  
\_\_\_\_\_  
Provider Signature

**X**  
\_\_\_\_\_  
Nurse Signature



## **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

### **Sus derechos**

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico**

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### **Solicitarnos que corriamos su historial médico**

- Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

*continúa en la próxima página*

## Sus derechos *continuado*

### **Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

### **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.



## Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.</li></ul>	<i>Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.</i>
<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li></ul>	<i>Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.</i>
<b>Facturar por sus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.</li></ul>	<i>Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.</i>

continúa en la próxima página

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

---

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

---

**Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

---

**Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

---

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

---

**Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

---

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares

---

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### **Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

**Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

---

806-244-5668