

## **Bienvenido a Rocky Mountain Atención Primaria!**

Gracias por elegir Rocky Mountain Atención Primaria como su nuevo proveedor. Nuestra meta es hacer que cada interacción que tenga con nuestra oficina una experiencia agradable.

### **Rocky Mountain Atención Primaria es Su Hogar Médico Centrado en el paciente!**

Un médico HomeomeHoHomelkHGokemkjd no es un lugar, sino un enfoque para brindar atención a los niños, jóvenes y adultos. El Hogar Médico permite a las asociaciones entre los distintos pacientes y sus proveedores de atención primaria y, cuando sea apropiado, la familia del paciente.

En un Hogar Médico, la práctica está organizada en torno al paciente - Comunicación se basa en la confianza, el respeto y la toma de decisiones compartida. Los pacientes tienen acceso a personalizada, coordinadas e integrales de atención primaria.

Es esencial para todos los nuevos pacientes/familiares para proporcionar una historia médica completa cuando el establecimiento cuidado con nosotros, y compartir cualquier información acerca de la atención recibida fuera de nuestra oficina (hospitales, especialistas, etc.). Por favor complete encerrada Paquete nuevo paciente y llevar con usted a su primera visita con su nuevo proveedor en RMPC.

### **Qué PUEDE ESPERAR DE SU EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA EN RMPC:**

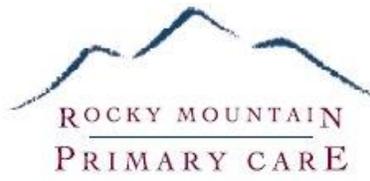
- Un ambiente seguro para hablar sobre sus preocupaciones
- Las respuestas a sus preguntas y preocupaciones en cada cita
- Ing asociado con usted, uso compartido de toma de decisiones, para ayudarle a administrar su salud
- Sering el "mariscal de campo" en su equipo de cuidados de salud, coordinar la atención con nuestra oficina y especialista

### **Lo QUE EL EQUIPO DE ATENCIÓN EN RMPC espera de usted:**

- Ser un participante activo en su equipo de cuidados de la salud
- Traiga su lista de preguntas y medicamentos para cada cita
- Traiga su identificación con foto, tarjeta de seguro, y que cada visita Co-Pay
- Llame a nuestra oficina antes de ir a la sala de urgencias u hospital - normalmente podemos conseguirle en la oficina el mismo día cuando proceda, y siempre hay un médico disponible en la llamada después de horas
- Informar a otros médicos que usted puede ver que RMPC es su proveedor de atención primaria, y pídales que compartan con nosotros la información sobre la atención médica que le ha proporcionado.

### **Por favor traiga los siguientes elementos para su primera visita:**

<input type="checkbox"/> Identificación con foto	Formularios (incluido en este paquete):
<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro de salud	<input type="checkbox"/> Nuevo formulario de filiación del paciente
	<input type="checkbox"/> Formulario de Suscripción al portal del paciente



Co-pago

Formulario Historial de paciente nuevo

Contactos autorizados del paciente

Reconocimiento de las prácticas de privacidad

**Quién es tu médico RMPC:**

Apellido:		Nombre:		MI:
Sexo: o: M F	Fecha de nacimiento: o:		SSN:	
Dirección: Calle				
Ciudad:		Estado:		Zip:
Ph: inicio		Ph de trabajo:		Celda: Ph
Número de contacto preferido: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Celda de trabajo inicio				

**Idioma preferido:**

<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> /Negro afro-americano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Los hawaianos nativos <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No declarada o se niegan a denunciar	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Se niegan a denunciar <input type="checkbox"/> No declarada o se niegan a denunciar	<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudos
---	---	--	--

Otros miembros de la familia visto por nuestra práctica	Relación	Mismo seguro?
1.		Y N
2.		Y N
3.		Y N
4.		Y N

**Parte responsable (si es diferente a la paciente):**

Apellido: _____	Nombre: _____	MI: _____
Sexo: M F	Fecha de nacimiento: _____	SSN: _____
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Zip: _____
Inicio: _____	Trabajo: _____	Celda: _____

**Información de seguros primarios:**

Compañía de seguros: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Número de identificación: _____

\_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_  
Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

**Tomador** (si es diferente a la paciente):

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Sexo:   M     F   Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorización PARA PAGAR LOS BENEFICIOS PARA EL MÉDICO:** autorizo el pago directamente a la atención primaria de las Montañas Rocosas, P.C., la intervención quirúrgica y/o beneficios médicos disponibles, si las hubiere, y autorizar la entrega de toda la información médica necesaria para procesar esta y futuras reclamaciones. Yo entiendo que si mi seguro no hacer un pago, soy responsable en última instancia para el pago de los servicios prestados.

El paciente / tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿ Tiene seguro de secundaria?       Sí     NO HAY

**Si sí, información sobre el seguro secundario:**

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Número de ID. \_\_\_\_\_  
Número de grupo \_\_\_\_\_  
Fecha efectiva \_\_\_\_\_

**Tomador** (si es diferente a la paciente):

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Sexo:   M     F   Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Es SU VISITA ACCIDENTE?       SÍ    NO HAY**

En caso afirmativo, qué tipo  
de accidente?

Auto     Trabajo     Otros

Fecha del  
accidente

\_\_\_\_\_

Caso / Número de  
reclamación

\_\_\_\_\_

Nombre del  
ajustador

\_\_\_\_\_

Número de  
teléfono

\_\_\_\_\_

Si los trabajos relacionados, el empleador ha  
sido notificado?

SÍ       No hay

En caso afirmativo,  
póngase en contacto con  
empleadores

\_\_\_\_\_

Teléfono

\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Proveedor de Atención Primaria (PCP): \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Tiene necesidades especiales en materia de comunicación para:  La pérdida de audición  
 problemas de visión   N/A

¿Tiene Directivas Anticipadas (living, etc.) en su lugar?  S  N  NO SÉ

**Inmunizaciones:** Has tenido las siguientes vacunas y, en caso afirmativo, ¿cuándo?

La inmunización	<input type="checkbox"/> Y	Año	<input type="checkbox"/> N
Vacuna contra la neumonía	<input type="checkbox"/> Y		<input type="checkbox"/> N
Vacuna contra la gripe	<input type="checkbox"/> Y		<input type="checkbox"/> N
Vacuna contra el tétano	<input type="checkbox"/> Y		<input type="checkbox"/> N

*Vacuna contra el tétano no incluyen la tosferina?  Y  N*

**Alergias:** Haga una lista de cualquier alergia que tenga, y su reacción:

Alergia a los alimentos o drogas	Reacción

**Medicamentos:** Haga una lista de los medicamentos que toma actualmente (incluyendo los medicamentos de venta libre): *Haga una lista de los medicamentos adicionales en la parte posterior del formulario*

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	¿Con qué frecuencia

**Problemas Médicos:** Haga una lista de importantes enfermedades que usted ha tenido.

Problema	Año	Problema	Año
<input type="checkbox"/> Sí Las alergias		<input type="checkbox"/> Sí Escarlatina	
<input type="checkbox"/> Sí El asma		<input type="checkbox"/> Sí El sarampión	
<input type="checkbox"/> Sí La diabetes		<input type="checkbox"/> Sí Paperas	

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Sí	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí	El sarampión alemán
<input type="checkbox"/> Sí	Problemas renales	<b>Problemas adicionales</b>	
<input type="checkbox"/> Sí	Problemas de hígado		
<input type="checkbox"/> Sí	Neumonía		
<input type="checkbox"/> Sí	Convulsiones		
<input type="checkbox"/> Sí	Varicela		
<input type="checkbox"/> Sí	La fiebre reumática		

**Hospitalizaciones cirugías // LESIONES GRAVES:** ¿Alguna vez ha tenido una hospitalización, cirugía o lesión grave?

Utilice el reverso de esta página para obtener más hospitalizaciones, cirugías o lesiones

Año	Problema	Hospital

**Visitas especializadas:** que los especialistas han visto en los últimos 3 años?

Utilice el reverso de esta página para otros especialistas que han visto.

Nombre especialista	Razón	Cuando

**Cuando fue la última...**

Proyección	Año	Proyección	Año
Examen físico		Mamografía	
Colonoscopia		Prueba de Papanicolaou	

Historia familiar	Madre	Padre	Hermano /hermana	Hermano /hermana	Hermano /hermana	Hermano /hermana	Otros	Otros
Aún viven?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Si no es así, la causa de su muerte?								

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Edad a la muerte?								
La diabetes								
Enfermedad del corazón								
Cáncer (son tipo)								
Las enfermedades mentales								
Depresión								

### Historial médico social

¿ Utiliza el tabaco? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Antiguamente? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Año Salir _____	Humo? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Importe por día _____ Chew ? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Importe por día _____
¿ Beber alcohol? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Antiguamente? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Año Salir _____	La cerveza <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cantidad a la semana _____ El vino <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cantidad a la semana _____ Licor <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Cantidad a la semana _____

Estado civil:  Casado  solo  divorciado  separado  Viudo

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿ Ejercicio?  Y  N ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ Veces por semana? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una afiliación religiosa?  S  N si la respuesta es sí, ¿qué religión? \_\_\_\_\_

Hay animales en la casa?  Y  N en caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿En la actualidad usa drogas?    Disminución Y N

Haga una lista de las personas que viven en su hogar:

Nombre	Relación contigo	Edad
--------	------------------	------

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de

hoy: \_\_\_\_\_


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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Proveedor de Atención Primaria (PCP): \_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquier alergia que el niño tiene y su reacción (incluyen las alergias a los alimentos y drogas):

Alergia	Reacción

Haga una lista de medicamentos que su niño tiene actualmente (incluyendo los medicamentos de venta libre):

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	¿Con qué frecuencia

Indique la fecha en que su hijo tuvo las siguientes vacunas:

*Tarjeta de Vacunación siempre*

La vacunación	#1 dosis	#2 dosis	#3 dosis	Dosis #4	Dosis #5
La hepatitis B					
DTP/DTaP/DT					
Hib					
La polio					
PCV7					
PPV23					
MMR					
Varicela					
Gripe					
MCV4/MPSV4					
Td					
La Tdap					
Hepatitis A					
Rotavirus					
Vph					



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

La diabetes								
Enfermedad del corazón								
Cáncer (son tipo)								
Las enfermedades mentales								
Depresión								

### Historial médico social

Principalmente vive con <input type="checkbox"/> ambos padres: <input type="checkbox"/> mamá <input type="checkbox"/> papá <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
La relación del Padre : <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> separados <input type="checkbox"/> divorciados
Nombre de la madre: _____ Nombre del Padre: _____
Lengua hablada en el hogar:
¿Su hijo coopere con su familia/amigos? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo coopera con los profesores? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo tiene suficientes amigos? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Alguien en el hogar con el tabaco? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Humo Y N? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Masticar Y N? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Alguien fume dentro de la casa? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Alguien en el hogar utilice alcohol? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dominio: mano <input type="checkbox"/> derecha <input type="checkbox"/> izquierda
¿Su hijo use un casco al montar en bicicleta? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su niño se siente en un asiento del automóvil? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N en <i>caso afirmativo, ¿de qué tipo?</i>
Hay animales en la casa? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N en <i>caso afirmativo, ¿de qué tipo?</i>
¿Alguien en la casa propias pistolas? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
En la escuela, mi hijo realiza: <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de grado <input type="checkbox"/> en grado <input type="checkbox"/> por debajo de su nivel de grado
¿Su hijo como en la escuela? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo tiene una discapacidad de aprendizaje? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su niño tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo duerma toda la noche? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su niño obtenga un mínimo de 8,5 horas de sueño? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Su hijo tiene pesadillas o problemas para dormir? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Mi hijo ejerce / juega el deporte _____ horas diarias.
Mi niño mira TV / reproduce vídeo o juegos de ordenador _____ horas diarias
¿Alguien en el hogar consume drogas? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
¿Alguien en el uso doméstico / analgésicos opiáceos? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
No tiene afiliación religiosa? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <i>si la respuesta es sí, ¿qué religión?</i>

### Historia de nacimiento

La edad materna: \_\_\_\_\_ Estado civil: Solo Casado Divorciado Viudos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿El padre y la madre viven juntos? Y N

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de niños entregados: \_\_\_\_\_

El número de hijos vivos: \_\_\_\_\_

Tipo de entrega: \_\_\_\_\_ Edad gestacional: \_\_\_\_\_

El peso al nacer: \_\_\_\_\_ La longitud al nacer: \_\_\_\_\_

Apgar : 1 min: \_\_\_\_\_ 5 min: \_\_\_\_\_ 10 min: \_\_\_\_\_

Hep B dada en el hospital? Y N Prueba de audición en el hospital? Pasar Fallan

Padre / tutor Firma: \_\_\_\_\_

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nacimiento Date: \_\_\_\_\_

En la atención primaria de las Montañas Rocosas, nos comunicamos con nuestros pacientes, a través del "Portal del paciente." utilizando el Portal del paciente permite que nuestros pacientes:

- Solicitar citas de rutina
- Correo electrónico preguntas no urgentes a su equipo proveedor
- Solicitar copias de las pruebas de laboratorio, los registros de inmunización, listas de medicación, y los resultados de otras pruebas (incluidos los rayos X, TAC, etc.).
- Solicitar que le vuelvan a surtir sus recetas
- Recibir resúmenes visita office

Por favor proporcione su dirección de correo electrónico y le haremos llegar inscritos en el Portal del paciente en su primera visita.

Dirección de correo electrónico del  
paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

Nombre del paciente (imprima) \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_

**Quién puede RMPC Contactar con respecto a su cuidado y la facturación?**

Póngase en contacto con las personas con quienes se puede discutir su atención, dar los resultados de las pruebas y la cuenta y la información de facturación:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

**Podemos dejar información confidencial sobre el buzón de voz o contestador automático que figuran a continuación?**

Teléfono de casa \_\_\_\_\_  Sí  No

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  Sí  No

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Sí No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

### EL ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He de reconocer que me han entregado una copia de la práctica del Aviso de Prácticas de Privacidad.

_____	____/____/____
Imprimir nombre	Fecha de nacimiento
_____	____/____/____
Paciente (o representante del paciente*) Firma	La fecha de hoy

---

#### La práctica de utilizar sólo

Hemos intentado obtener acuse de recibo escrito de nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

- Se negó a firmar individual
  - Barreras de comunicación prohibida la obtención del reconocimiento
  - Una situación de emergencia nos ha impedido la obtención de reconocimiento
  - Otro (especifique)
- 

\*Si la firma es representante del paciente, documentación legal debe incluirse la designación de autoridad para firmar o recibir información. Este formulario debe ser mantenido durante 6 años.

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

### **Aviso de Prácticas de Privacidad para información de salud protegida (PHI)**

Rocky Mountain Atención Primaria

**Este AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Por favor, revise con cuidado!**

*Fecha de vigencia: 1 de junio de 2015*

La práctica de Rocky Mountain Atención Primaria Es requerido por las leyes estatales y federales aplicables para mantener la privacidad de su información de salud. Información de salud protegida (PHI) es la información que nos permite crear y mantener en el curso de la prestación de nuestros servicios para usted. Dicha información puede incluir documentación de sus síntomas, examen y resultados de pruebas, diagnósticos y protocolos de tratamiento. También pueden incluir documentos de facturación para esos servicios. Estamos permitidos por la ley federal de privacidad (la Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud Act de 1996 (HIPAA), utilizar y divulgar su PHI sin su autorización escrita, para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

#### **Ejemplos del uso de su información médica para propósitos de tratamiento:**

- Nuestra enfermera obtiene el tratamiento de información acerca de usted y lo registra en su registro médico.
- Durante el curso de su tratamiento, el médico determina que será necesario consultar con un especialista. Él compartirá la información con el especialista y obtener su entrada.
- Nos pondremos en contacto con usted por teléfono, en su casa, si tenemos que hablar con usted acerca de una condición médica o para recordarle de sus citas médicas.

#### **Ejemplo del uso de su información médica para propósitos de pago:**

- Podemos enviar solicitudes de pago a su compañía de seguro de salud. Responderemos a la compañía de seguros de salud solicitudes de información acerca de la atención médica que le proveemos.

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

### **Ejemplo de uso de la información de las operaciones de atención médica:**

- Podemos usar o revelar su PHI a fin de llevar a cabo determinados negocios y las actividades operacionales, tales como la evaluación de la calidad, revisiones, o empleado en el entrenamiento de estudiantes. Podemos compartir información sobre usted con nuestros asociados de negocios, los terceros que realizan estas funciones en nuestro nombre, como necesario para obtener sus servicios.

### **Su información de salud humanos**

**La salud y facturar registran mantenemas son la propiedad física de la práctica. La información contenida en ellos, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a:**

- Obtener una copia en papel de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para PHI ("Aviso");
- Reciben una notificación de incumplimiento de su PHI no segura;
- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a conceder la mayoría de las peticiones, pero vamos a cumplir con cualquier petición con la que estamos de acuerdo. Sin embargo, vamos a estar de acuerdo con su solicitud para que se abstengan de enviar su PHI a su plan de salud para propósitos de operaciones de pago o si en el momento en que un elemento o servicio es proporcionado a usted, usted paga en su totalidad y fuera-de-bolsillo;
- Pedimos que sea permitido para inspeccionar y copiar la información sobre usted que nosotros mantenemos en la práctica el conjunto de registros designado. Usted puede ejercer este derecho mediante la entrega de su solicitud por escrito a nuestra práctica.
- Apelar una denegación de acceso a su PHI, excepto en ciertas circunstancias;
- Solicite que su registro de salud debe modificarse para corregir la información incorrecta o incompleta por la entrega de una solicitud escrita a nuestra práctica. Podemos negar su petición si usted pide que nosotros enmendemos información que (a) no fue creada por nosotros (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda), (b) no es parte de la información de salud mantenida por la práctica, (c) no es parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar; o (d) es exacta y completa. Si su solicitud es negada, usted será informado de los motivos de la denegación y tendrán la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo que se coloca en el registro;

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

- Solicitar que la comunicación de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos mediante la entrega de una solicitud escrita a nuestra práctica.
- Si nos involucramos en actividades de recaudación de fondos y se pondrá en contacto con usted para recaudar fondos para nuestra práctica, usted tendrá el derecho de rechazar cualquier futuro comunicaciones sobre recaudación de fondos;
- Obtener una lista de los casos en los que hemos compartido su información de salud con terceros, como requerido por las Reglas de HIPAA.
- Revocar cualquiera de su previa autorización para usar o divulgar información entregando una revocación escrita a nuestra práctica (excepto en la medida en que ya se han tomado medidas sobre la base de una autorización previa).

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

### Nuestras responsabilidades

#### **La práctica es necesaria para:**

- Mantener la privacidad de su información de salud como requerido por la ley;
- Notificaremos a raíz de un incumplimiento de su PHI no segura;
- Proporcionarle un aviso ("Aviso") que describe nuestros deberes y prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos sobre usted y acatar los términos de la notificación;
- Notificar si no podemos acomodar una restricción solicitada o solicitud; y,
- Acomodar sus solicitudes razonables sobre los métodos para comunicarse con usted acerca de su información de salud y cumplir con su petición por escrito a abstenerse de divulgar su PHI a su plan de salud si usted paga por un artículo o servicio que ofrecemos a usted en su totalidad y fuera-de-bolsillo en el momento del servicio.

Nos reservamos el derecho de enmendar, cambiar o suprimir las disposiciones de nuestras prácticas de privacidad y a promulgar nuevas disposiciones con respecto a la Información Médica Protegida que mantenemos sobre usted. Si nuestras prácticas de información cambian, nosotros enmendaremos nuestro anuncio. Usted tiene derecho a recibir una copia del aviso revisado a petición por teléfono o visitando nuestro sitio web o en la práctica.

### Otros usos y revelaciones de su PHI

#### **La comunicación con la familia**

- Utilizando nuestro mejor juicio, podemos revelar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud pertinente a la participación de esa persona en su cuidado o el pago para la atención, si no el objeto o en una emergencia. También podemos hacer esto después de su muerte, a menos que usted nos diga antes de morir que no desea que nos comuniquemos con determinadas personas.

#### **Notificación**

- A menos que usted lo objete, podemos usar o revelar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de familia, representante personal, u otra persona responsable para su cuidado acerca de su ubicación, su condición general o su muerte.

#### **Investigación**

- Podemos revelar información a los investigadores si una junta de revisión institucional ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la confidencialidad de su PHI. También podemos revelar su información si los investigadores requieren sólo una parte limitada de su información.

#### **Socorro en Casos de Desastre**

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

- Podemos utilizar y divulgar su PHI para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre.

### **Organizaciones de Obtención de Órganos**

- Consistente con la ley aplicable, podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la adquisición, conservación o trasplante de órganos para la donación de tejidos y trasplante.

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

### **Intercambio de Información Sanitaria CORHIO**

Rocky Mountain Atención Primaria respalda, apoya y participa en el intercambio electrónico de información de salud (HIE) como un medio para mejorar la calidad de la experiencia de la sanidad y de la asistencia sanitaria. HIE nos proporciona una manera de compartir de forma segura y eficaz de información clínica de los pacientes electrónicamente con otros médicos y proveedores de atención de la salud que participan en la HIE red. Con HIE ayuda a sus proveedores de atención de salud para compartir información de forma más eficaz y proporcionarle una mejor atención. La HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que están tratando de tener acceso inmediato a sus datos médicos que pueden ser críticos para su cuidado. Haciendo su información de salud disponible a sus proveedores de servicios de salud a través de la HIE también puede ayudar a reducir los costes eliminando la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, puede elegir "opt-out" de la participación en el <CORHIO> HIE, o cancelar una opción opt-out, en cualquier momento. Opt-Out formularios están disponibles en todas nuestras sedes, o puede ser obtenida llamando a su proveedor de atención primaria.

### **La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los EE.UU.**

- Podemos divulgar su PHI a la FDA relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia post-comercialización para permitir devoluciones, reparaciones o reemplazos.

### **Compensación a los trabajadores**

- Si usted está buscando una compensación de la compensación de trabajadores, podemos revelar su PHI en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la Compensación a Trabajadores.

### **Salud pública**

- Podemos divulgar su PHI a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de recuerda; o para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que está en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

### **Como requerido por la ley**

- Podemos revelar su PHI según sea requerido por la ley, o a las autoridades públicas competentes según lo permitido por la ley a reportar abuso o negligencia.

### **Los empleadores**

- Podemos divulgar información médica acerca de usted a su empleador si proporcionamos servicios de cuidado de salud a usted a petición de su empleador, y los servicios de salud se prestan bien para llevar a cabo una evaluación relativa a la vigilancia médica del lugar de trabajo o para evaluar si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. En tales circunstancias, le daremos un aviso por escrito de la entrega de información a su empleador. Cualquier otra información a

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

su empleador se hará sólo si ejecuta una autorización específica para la entrega de información a su empleador.

### **El cumplimiento de la Ley**

- Podemos revelar su PHI a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (a) en respuesta a una orden judicial, citación judicial, orden judicial o proceso judicial similar; (b) para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; (c) si usted es víctima de un delito y no somos capaces de obtener su acuerdo; (d) acerca de la conducta criminal en nuestras instalaciones; y (e) en otras circunstancias limitadas de emergencia donde tenemos que denunciar un delito.

### **Supervisión de salud**

- La ley federal nos permite divulgar su PHI a agencias de supervisión médica apropiada o para las actividades de vigilancia de la salud, tales como las auditorías estatales y federales.

### **Las actuaciones administrativas o judiciales**

- Podemos divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo según lo permitido o requerido por la ley, con su autorización, o como dirigido por un buen orden de la corte.

### **Para las funciones gubernamentales especializadas o amenaza grave**

- Podemos revelar su PHI para funciones especializadas del gobierno como autorizado por la ley como para el personal de las Fuerzas Armadas, para propósitos de seguridad nacional, al personal del programa de asistencia pública, o para prevenir una amenaza seria a la salud o la seguridad. Podemos divulgar su PHI en consonancia con la ley aplicable para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

### **Instituciones correccionales**

- Si usted es un recluso de una institución correccional, nosotros podemos revelar a la institución o sus agentes la PHI necesarios para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

### **Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias**

- Podríamos divulgar información de salud a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podríamos divulgar información de salud acerca de nuestros pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus tareas.

### **Sitio web**

- Puede acceder a una copia de este aviso electrónicamente en nuestro sitio web.

Otros usos y revelaciones de su PHI no descritos en este Aviso serán realizados solamente con su autorización, salvo lo permitido o requerido por la ley. La mayoría de usos y divulgación de notas de psicoterapia, usos y revelaciones de su PHI para propósitos de mercadotecnia, y las revelaciones de su PHI que constituye una venta de

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

PIS requerirá su autorización. Usted puede revocar cualquier autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud de revocación escrita a la práctica (como anteriormente previstas en este Aviso en "sus derechos a la información sobre salud").

---

# Rocky Mountain Atención Primaria

## HIPAA Políticas y Procedimientos

---

### **Para solicitar información, el ejercicio de un derecho del paciente, o presentar una queja**

Si usted tiene preguntas, quisiera información adicional, quieren ejercer un derecho paciente descrito anteriormente, o crees que tu (o alguien más) derechos de privacidad han sido violados, usted puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad en la práctica (303) 205-0113, O por escrito a nosotros a:

**Denise Duysen  
Rocky Mountain Atención Primaria  
7625 W. 92nd Ave.  
Westminster, CO 80021**

Por favor tenga en cuenta que todas las quejas deben ser presentadas por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección indicada anteriormente. También puede presentar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS), Oficina de Derechos Civiles (OCR). Su queja debe ser presentada por escrito, bien sea en papel o electrónicamente, por correo, fax o correo electrónico. La dirección de la oficina regional de Colorado es: Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 999 18th Street, Suite 417, Denver, CO 80202; o llame al (800) 368-1019. Más información acerca de los pasos para presentar una queja puede ser encontrada en: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

- No podemos y no requiere que usted renuncie a su derecho a presentar una queja ante el secretario de HHS como condición para recibir tratamiento por parte de la práctica.
- No podemos y no tomar represalias contra usted por presentar una queja con el Secretario de HHS.

Por favor complete este formulario si:  no tenemos registros de su(s) proveedor(es) anterior  desea tener RMPC liberar sus registros a alguien

**Autorización para la diseminación de información personal de la salud (PHI)**

**Debe cumplimentarse para todas las autorizaciones:**

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud como se describe a continuación. Entiendo que esta Autorización es voluntaria, y no afectará en modo alguno el tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad de beneficios. Además, entiendo que me puede inspeccionar y copiar cualquier información revelada en virtud de la presente autorización. Yo entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención de la salud, la información divulgada no podrán estar protegidos por normas federales de privacidad.

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

La persona u organización que proporciona la información: la información:

persona u organización que recibe la

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

Rocky Mountain Atención Primaria  
5730 Ward Road Suite 102  
Arvada, Colorado 80002  
Teléfono: 303-422-6331 Fax: 303-422-6379

La finalidad de este autorizó la liberación de información es: \_\_\_\_\_

a petición de la persona

Autorizo al médico para liberar la información especificada a continuación para la organización, agencia o persona nombrada en esta solicitud. Me autorizan expresamente la publicación de información relativa a la condición siguiente(s). Si estos no están marcados no pueden ser liberados.

El uso indebido de drogas  Toxicomanía  condiciones psicológica o psiquiátrica  VIH/SIDA

**Por favor, libere los siguientes registros:**

todos los registros generados en su oficina  Otros: \_\_\_\_\_  
(Las fechas específicas de tratamiento o descripción específica o la información solicitada)

Estás dejando nuestra práctica?  Sí  Ninguna

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Debe cumplimentarse para todas las autorizaciones:**

- 1. Entiendo que esta autorización caducará a los 90 días desde la fecha de la firma.
- 2. Yo entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de seguro médico o proveedor de atención médica o cualquier otro tipo de entidad considerada una entidad cubierta BAJO HIPAA, la información divulgada no podrán estar protegidos por regulaciones federales de privacidad, y que la información puede ser re-revelada por las partes enumeradas, y dejará de estar protegido.
- 3. Tengo entendido que los reglamentos federales y estatales permiten un honorario razonable para ser cargada por la duplicación de la información protegida de la salud, y que me puede cobrar una tarifa para copiar y enviar los registros que estoy solicitando.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente      Fecha      impresa Nombre de paciente o representante del paciente

**Revocación de autorización:**

## **Rocky Mountain**

## **liberar registros médicos de atención primaria**

Entiendo que la autorización es voluntaria y puede ser revocado en cualquier momento por la firma a continuación y volviendo a la práctica. Entiendo además que cualquier dicha revocación no se aplica en la medida en que las personas autorizadas para usar y/o revelar mi información de salud han actuado ya en mi autorización previa(s).

Procedo a revocar esta autorización, eficaz \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (Representante)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso de paciente (Representante)**