Paquete de Bienvenida para Pacientes Nuevos

Favor de rellenarlo y devolvérselo al CHCFC
¡BIENVENIDO AL CENTRO COMUNITARIO
DE SALUD DEL CONDADO FRANKLIN!

Estoy tan contenta de que usted esté aquí. CHCFC no es simplemente un centro médico “habitual”. Estamos orgullosos de hacer las cosas de manera diferente. Somos una organización sin fines de lucro, esto quiere decir que nos regímos por nuestra misión, en vez de regímos por obtener dinero. Nadie es dueño de esta compañía, porque le pertenece a la comunidad entera. Le pertenece a usted.

Nos esmeramos en dar cuidado de salud de alta calidad para todos los miembros de nuestra comunidad con respeto, sin prejuicios. Nadie debe quedarse fuera. Por ser un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) tenemos programas de control de calidad y una junta directiva conformada por miembros de la comunidad, de los cuales la mayoría son pacientes aquí. Si usted tiene interés en solicitar ser miembro de la junta directiva, por favor déjenos saber enviando un email a info@chcfc.org.

En CHCFC, estamos aquí si usted está enfermo, pero también queremos ayudarle a alcanzar lo mejor de su salud. Estamos localizados en Greenfield y en Orange; y ofrecemos una variedad de servicios incluyendo salud odontológica, médica y de comportamiento, y asistencia médica pediátrica, tratamiento para la adicción, salud sexual y reproductiva. La buena salud a veces quiere decir medicina, pero también quiere decir conexiones sociales, transporte para llegar a su cita, un ambiente seguro, ayuda con su seguro de salud, ejercicios, comidas nutritivas, un intérprete de idiomas, y mucho más. Como paciente de este centro de salud, usted tiene acceso a recursos y programas que apoyan su salud completamente. Por favor déjenos saber lo que necesita, para nosotros poder conectarle.

Escoger un centro de salud calificado federalmente (FQHC), como lo es nuestra oficina, indica que recibirá un cuidado de salud centrado en cada paciente – y esto tiene el mejor efecto secundario: cuando le servimos a usted, usted está apoyando el centro de salud de su comunidad.

Háganos saber si usted tiene alguna pregunta, preocupación o sugerencia. Es un privilegio ser sus socios en la salud.

Sinceramente,

Allison van der Velden
CEO (Directora Ejecutiva)
FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DE 2020

Me registro para la oficina de:
☐ Greenfield Médica    ☐ Greenfield Dental    ☐ Salud del Comportamiento    ☐ Orange Dental    ☐ Orange Médica

Información del Paciente
Apellido(s): ___________________________ MI:
Nombre(s): ___________________________ Nombre Preferido:
Pronombre Preferido:
Dirección: ___________________________ Ciudad: ____________ Estado: ____________
Ciudad: ___________________________ Estado: ____________
Código postal: _______________________ Teléfono de casa: _______________________
Teléfono del trabajo: ___________________ Celular: _____________________________
Correo electrónico: ____________________ Fecha de nacimiento: ______________________
Número de Seguro Social: ____________ Estadocivil: _____________________________
Contacto de emergencia:
Dirección: ___________________________ Ciudad: ____________ Estado: ____________
Código postal: _______________________ Teléfono de emergencia: _______________________
Farmacia: ____________________________

Orientación Sexual e Identidad de Género
¿Qué sexo le asignaron cuando ud. nació?
☐ Varón ☐ Hembra

What is your current gender identity?
☐ Varón ☐ Hembra ☐ Género Queer
☐ Varón transfemenino ☐ Hembra transfemenina
☐ Otro Favor de especificar: _____________________________
☐ Opto por no revelar

¿Se considera:
☐ Lesbian, gay u homosexual ☐ Heterosexual
☐ Bisexual ☐ Otra cosa
☐ No sé ☐ Opto por no revelar

¿Se identifica como transgénero o transexual?
☐ Sí ☐ No

Raza y Étnicidad
¿Usted es hispano/latino?
☐ Yes ☐ No
¿Cuál es su raza (marque todas que se aplican)?
☐ Asiático ☐ de Hawaii / de las islas de la Polinesia
☐ Negro/Afroamericano ☐ Blanco/caucásico
☐ Nativo americano o de Alaska

Seguros y Pagos
¿Quién es responsable por el pago (garante)?
Nombre(s): ___________________________ Dirección: _____________________________
Ciudad: ___________________________ Estado: ____________
Código postal: _______________________ Fecha de nacimiento: ______________________
Número de Seguro Social: _____________________________ Relación con ud: _____________________________
¿Ud. tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No
Plan primario: _____________________________
Plan secundario: _____________________________
¿Ud. tiene seguro dental? ☐ Sí ☐ No
Plan primario: _____________________________

Ingresos familiares y empleo del paciente / estado del estudiante
Número de personas en su familia: _____________________________
Adultos: _____________________________ Menores: _____________________________

Ingresos anuales estimados de su familia:
☐ Menos de $10,000 ☐ $10-$20,999 ☐ $21-$30,999
☐ $31-$40,999 ☐ $41-$50,999 ☐ $51-$60,999
Si son más de $70,000, indíquelo aquí: _____________________________
¿Está trabajando?
☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Retirado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante ☐ Desempleado
Posición: _____________________________
Empresa / Patrón / Escuela: _____________________________

Lengua
¿Habla inglés? ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco
¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No
¿Cuál es su lengua preferida? _____________________________

Servicios Adicionales (marque todos que se aplican):
☐ Veterano ☐ Sin hogar
☐ Agricultor (Si es así, favor de seleccionar uno de los siguientes):
☐ Tiempo completo ☐ Por temporada ☐ Migrante
¿Tiene transporte? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo se enteró de nosotros?
☐ Amigo o familia ☐ Referido de una agencia
☐ Periódico ☐ Facebook ☐ Evento en la comunidad
☐ Otro: _____________________________

Consentimiento y cesión
Yo por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin (CHCFC) a que nos provea a mí y a mi familia el tratamiento necesario, incluyendo el cuidado de urgencia si es necesario. También autorizo la cesión de toda la información necesaria a mi compañía de seguro médico, a la persona responsable por mis pagos, y/o al proveedor médico o dental para propósitos de pago o de proveer la continuación del tratamiento. Le asigno al CHCFC a que reclame y cobre los beneficios de seguro pagables por su tratamiento de mí y de mi familia. Entiendo que es posible que yo sea responsable por el pago de cualquier servicio no cubierto por el seguro u otros beneficios, incluyendo reclamos ocurridos bajo la cobertura de accidentes tal como la compensación laboral o el seguro de automóvil. Entiendo que es posible que mi aseguradora pueda requerir que yo tenga un proveedor del CHCFC designado como mi médico de cabecera (PCP) para que cubra mis visitas médicas.

Firma del paciente o padre / tutor: _____________________________
Fecha: _____________________________
PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

No daremos información a nadie a menos que su nombre esté escrito abajo y que usted haya firmado. Esta cesión de información no incluye solicitudes a/de oficinas de otros médicos, solicitudes de compañías de seguro médico o de otras agencias externas. Usted debe rellenar cesiones específicas para estos propósitos.

Nombre del paciente: __________________________ Fecha de nacimiento: __________

1. Yo por la presente le doy permiso al CHCFC a que divulgue lo siguiente a las personas en la lista de abajo:

☐ Recetas escritas o medicamentos
☐ Recoger o hablar de resultados de análisis o requisiciones de exámenes (por ejemplo, órdenes de laboratorio)
☐ Placas dentales
☐ Hablar de referidos a o citas con especialistas
☐ Verificar o cambiar mi cita al centro de salud
☐ Hablar de tratamiento dental
☐ Enfermera de la escuela, director, psicólogo (relacionado con la escuela)

Relación con ud: __________________________

Relación con ud: __________________________

Relación con ud: __________________________

~ O ~

2. No permito que se divulgue información sobre mí a nadie: ☐

FAVOR DE FIRMAR ABAJO

Firma del paciente / tutor: __________________________ Fecha: __________
**HISTORIAL DE SALUD PARA PACIENTES NUEVOS**

<table>
<thead>
<tr>
<th>NOMBRE:</th>
<th>FECHA DE NACIMIENTO:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha del último examen físico:</td>
<td>Fecha del último examen dental:</td>
</tr>
<tr>
<td>Proveedor:</td>
<td>Dentista:</td>
</tr>
<tr>
<td>Dirección:</td>
<td>Dirección:</td>
</tr>
<tr>
<td>Teléfono:</td>
<td>Teléfono:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MEDICAMENTOS** (incluso medicamentos sin receta, vitaminas, y suplementos):

<p>| |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ALERGIAS** (incluso a medicamentos, alimentos, o cosas en el medio ambiente):

- [ ] NINGUNA ALERGIA CONOCIDA
- [ ] Aspirina
- [ ] Barbitúricos
- [ ] Yodo
- [ ] Látex/caucho
- [ ] Anestesia local
- [ ] Penicilina
- [ ] Metales
- [ ] Sedantes
- [ ] Sulfuro
- [ ] Otra: ____________________________________________

- ¿Ud. toma, o ha tomado en cualquier momento, drogas bisfosfonatas (por ej., Fosamax, Actonel, Boniva)? **sí** **NO**

- ¿En algún momento ha tenido que estar hospitalizado? ..................................................... **sí** **NO**

  - Si sí, ¿para qué? ____________________________________________

- ¿Ud. ha tenido cirugías? ............................................................. **sí** **NO**

  - Si sí, ¿para qué? ____________________________________________

- ¿Cuándo fue su última colonoscopía? __________________________________________________

- ¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétanos? ____________________________________________

**SÓLOMENTE LAS MUJERES**

- ¿Está embarazada o piensa que puede estar embarazada? ........................................... **sí** **NO**

- ¿Está amamantando actualmente? ............................................................. **sí** **NO**

- ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? ________ ¿Ha salido anormal una prueba? **sí** **NO**

- ¿Cuándo fue su último mamograma? ________ ¿Ha salido anormal un mamograma? **sí** **NO**

Reviewed by provider (initials): ____________
Revisado por el proveedor (iniciales)
### HISTORIAL MÉDICO

#### CORAZÓN / VASOS SANGUÍNEOS
- NADA
- Angina (dolor del pecho)
- Defecto congénito
- Endocarditis
- Ataque al corazón (fecha)
- Urgia del corazón (fecha)
- Alta presión
- Prolapso de la válvula mitral
- Soplo (murmullo)
- Marcapasos
- Derrame cerebral (stroke)
- Otro: 

#### PULMONES
- NADA
- Asma
- IEPOC (COPD)
- Tos con sangre
- Tos persistente
- Corte de respiración
- Tuberculosis
- Otro: 

#### BOCA / DIENTES
- NADA
- Encaus que sangran
- Apretar/rechinar los dientes
- Dificultad para masticar
- Dificultad para tragar
- Dolor de mandíbula
- Dolor / Hinchazón
- Sensibilidad
- Llagas en la boca
- Otro: 

#### ESTÓMAGO / INTESTINOS
- NADA
- Enfermedad de Crohn
- GERD (GERD) (ácido / Reflujo ácido)
- Hepatitis A / B / C
- Síndrome del intestino irritable
- Ictericia
- Úlceras del estómago
- Colitis ulcerativa
- Otro: 

#### ENDOCRINO
- NADA
- Diabetes Tipo 1 / 2
- Tiroides hiperactiva (hipertiroidismo)
- Tiroides hiposactiva (hipotiroidismo)
- Otro: 

#### SEXUAL
- NADA
- SIDA / VIH
- Herpes
- VPH
- Otro: 

#### HUESOS / MÚSCULOS / ARTICULACIONES
- NADA
- Dolor crónico
- Reemplazo de una articulación (qué articulación y cuándo)
- Osteoartrosis
- Artritis reumatoide
- Trastorno de la ATM
- Otro: 

#### CEREBRO / EMOCIONES / NERVIOS
- NADA
- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión
- TEPT (PTSD)
- Otro: 

#### OTRO
- Anemia
- Glaucoma
- Problemas de los riñones
- Otras/otros condiciones (si): 
- Cáncer (tipo): 

### HISTORIAL SOCIAL

¿Exposición a sustancias peligrosas? **SÍ** NO Especificar:
¿Usa productos de tabaco? **SÍ** NO Tipo: 
¿Cuánto? ¿Por cuánto tiempo? 
¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas? # de bebidas cada día 
¿En algún momento usó drogas de la calle? **SÍ** NO Tipo: 
¿Toma bebidas con cafeína? **SÍ** NO Tipo: 
¿Toma bebidas que contienen azúcar? **SÍ** NO Tipo: 
¿Sigues una dieta especial? **SÍ** NO Tipo: 
¿Haces ejercicio? **SÍ** NO Tipo: 
¿Cuál es el grado más alto que ha completado en la escuela? 

**FIRMA:** 
**FECHA:**

Reviewed by provider (initials): 
Revisado por el proveedor (iniciales)
Community Health Center of Franklin County
Consentimiento del paciente para el intercambio de información de salud

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor escriba claramente)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Apellido</th>
<th>Primer Nombre</th>
<th>Segundo Nombre Inicial</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)</th>
<th>Número de Registro Médico/Dental</th>
<th>Número de teléfono</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Domicilio: Ciudad, Estado, Código Postal

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al aceptar DAR EL CONSENTIMIENTO a continuación, autorizo a cualquiera de las partes designadas en la página siguiente a que se comuniquen entre sí verbalmente, por escrito o a través del intercambio electrónico de información. Dicha comunicación puede incluir solicitar, recibir, proporcionar y usar mi información médica / dental. Entiendo que el propósito de comunicarme acerca de mí es permitir que las partes evalúen mis necesidades, me brinden servicios y coordinen mi atención. Además, entiendo que se me puede exigir que firme formularios de consentimiento adicionales para ser elegible para la cobertura y los pagos del seguro o ciertos tipos de tratamientos y servicios.

Entiendo que mi información médica / dental incluirá toda la información pertinente de mi registro médico / dental como se describe aquí:

- Mi nombre y otra información de identificación personal.
- Mi identidad como solicitante o receptor de servicios de atención médica, que puede incluir trastornos por el uso de sustancias y / o servicios de salud mental.
  - El contenido de mi registro médico / dental, que puede incluir:
    - Problemas / diagnósticos.
    - Visitas / descargas / exámenes y resúmenes.
    - Pruebas de laboratorio / rayos x y resultados.
    - Medicamentos.
    - Procedimientos.
    - Historia familiar / social.
    - Otra información sobre mi salud.
- Mi registro médico / dental puede incluir información sobre las siguientes condiciones y tratamiento:
  - Salud mental.
  - Trastorno por uso de sustancias.
  - Enfermedades de transmisión sexual.
  - Embarazos / abortos.
  - Abuso doméstico.
  - Violación / agresión sexual.
  - Enfermedades genéticas, pruebas, y resultados de pruebas.
  - Mamografías.
  - Otra información sobre mi salud.

Entiendo que tengo el derecho de excluir el intercambio de ciertos tipos de información de salud. Excluyo lo siguiente:


Entiendo que ciertas leyes federales, incluida la Ley de responsabilidad y portabilidad de la información de salud (HIPAA), permiten que los proveedores y otras organizaciones de atención médica intercambien gran parte de mi información de salud sin mi consentimiento para brindarme tratamiento, recibir el pago de mi atención y Gestionar y coordinar mi cuidado. Además, entiendo que la ley me permite o exige a mis proveedores de atención médica que proporcionen parte de mi información médica / dental sin mi consentimiento a otros proveedores de atención médica, agencias de salud pública y agencias de cumplimiento de la ley para fines que incluyen, entre otros, emergencias médicas / dentales, calidad Informes, auditorías, delitos contra personas y bienes, y ciertas órdenes legales. Entiendo que el Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin no es responsable por la re-divulgación autorizada o no autorizada de mi información de salud por parte de proveedores que reciben.
**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)**

Entiendo que los siguientes proveedores de atención médica, incluidos su personal, empleados y entidades contratadas, pueden proporcionar o recibir mi información médica / dental con el fin de evaluar mis necesidades, brindarme servicios y coordinar mi atención. Entiendo que solo los proveedores que necesitan coordinar un aspecto particular de mi atención proporcionarán o recibirán información sobre ese aspecto de mi atención.

- [ ] Transferencia de registros a CHCFC
- [ ] Transferencia de registros de CHCFC
- [ ] Proveedores específicos/ Practicas Especialistas
  - Adjuntar hojas adicionales si es necesario

**Anterior PCP (solo registros entrantes):**

- [ ] Designación General
  - Entiendo que cualquiera de mis proveedores de tratamiento pueden proporcionar o recibir mi información médica / dental para fines de tratamiento. Entiendo que tengo derecho a obtener, previa solicitud, una lista de entidades a las que se haya divulgado mi información médica / dental (Lista de Divulgaciones), de conformidad con la designación general.

- [ ] Doy permiso para compartir información de mi registro médico / dental sobre las pruebas de anticuerpos y antígenos del VIH con:

  - [ ] Médico
  - [ ] Dental
  - [ ] Otros:
  - [ ] Registro completo
  - [ ] Solo inmunizaciones (vacunas)
  - [ ] Otros:
  - [ ] Período completo de atención médica.

**Imprimir nombre del lugar médico y proveedor**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Iniciales del paciente</th>
<th>Fecha</th>
</tr>
</thead>
</table>

Entiendo que mis proveedores de atención médica pueden comunicar mi información por cualquier medio, incluso verbalmente, en papel, por fax, por transmisión electrónica segura y por la Autopista de información de salud de Massachusetts (Masswayway).

**MI ELECCIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

- [ ] Doy CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento según lo indicado anteriormente de manera libre, voluntaria y sin coacción. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, cualquier información que ya haya sido intercambiada no puede ser retirada. El consentimiento expire un año después de la Fecha de entrada en vigencia de este consentimiento (a continuación), a menos que elija una opción a continuación. Si no he revocado este consentimiento, vencerá cuando se cumpla una de las siguientes condiciones. Elige uno:
  - [ ] El consentimiento expira en esta fecha: ____________________
  - [ ] El consentimiento expira en esta condición o evento: ____________________

- [ ] Yo NEGUE CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que he negado el consentimiento para que mis proveedores de atención médica se comuniquen entre sí. Reconozco que al negar mi consentimiento, mis proveedores de atención médica pueden tener límites en su capacidad para brindar y coordinar mi atención.

**Firma del paciente**

**Fecha Efectiva**

**Firma del tutor legal del paciente o representante autorizado**

**Fecha Efectiva**

**Nombre impreso del Guardián legal o representante autorizado**

**Descripción de la Autoridad si está firmado**

**Par Guardián legal o representante autorizado**

**Firma del traductor (si corresponde)**

**Nombre impreso del traductor (si corresponde)**

Página 2 de 2
AUTORIZACIÓN PARA LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Favor de revisar y completar las siguientes preferencias para las comunicaciones electrónicas, para que podamos mejor servir y coordinar sus necesidades de cuidado de salud con el uso de la última tecnología:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dirección de correo electrónico (e-mail):</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Sí!</td>
<td>☐ NO, yo no tengo acceso al correo electrónico, o no quiero que me contacten por correo electrónico en este momento.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Favor de contactarme por correo electrónico, incluyendo, entre otros: recordatorios de citas, repuestos (refills) de medicamentos, coordinación de cuidado, otras publicaciones del Centro de Salud, y mensajes para permitir acceso a mi expediente de paciente en línea. Entiendo que el correo electrónico normal no es seguro cuando está en tránsito por Internet, y por eso todas las comunicaciones por correo electrónico del Centro de Salud que son para mí y que contienen información de salud protegida (PHI en inglés) estarán encriptadas a menos que yo pida lo contrario.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mensaje de Texto (SMS): (_______)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Sí!</td>
<td>☐ NO, no tengo acceso a textos, o no quiero que me contacten por mensaje de texto en este momento.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Favor de contactarme por mensaje de texto (SMS), incluyendo, entre otros: recordatorios de citas, repuestos (refills) de medicamentos, coordinación de cuidado, otras publicaciones del Centro de Salud, y mensajes para permitir acceso a mi expediente de paciente seguro en línea. Entiendo que recibir mensajes de texto puede ocasionar cargos adicionales de mi proveedor de textos, y que yo soy el único/la única responsable de este costo. Entiendo que los mensajes pueden ser no seguros cuando se transmiten, y por eso mensajes del Centro de Salud que son para mí no contendrán información de salud protegida (PHI en inglés), a menos que yo pida lo contrario.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Intercambio de Información de Salud (HIE en inglés)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Sí!</td>
<td>☐ NO, no estoy de acuerdo con el uso de comunicaciones electrónicas seguras que usan tecnologías de IIS en este momento. Entiendo que esta preferencia limita a mi equipo médico clínico al uso del fax y de documentos en papel que son ineficientes para la coordinación de mi cuidado con mis otros proveedores de cuidado de salud, incluso en el evento de una emergencia médica.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Favor de utilizar todas las tecnologías de comunicación electrónica disponibles para la coordinación segura y eficiente con mis otros proveedores de salud y con organizaciones comunitarias, incluyendo, entre otros: la Carretera de Información de Salud de Massachusetts (Mass HIway en inglés), Intercambio de Información del Pioneer Valley (PVIX en inglés), referidos electrónicos (e-Referral), y la sincronización del historial de recetas electrónicas (RxHs).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Esta autorización está vigente a partir de la fecha a continuación. Entiendo que puedo modificar estas preferencias de comunicación en cualquier momento. Favor de dejar 48 horas laborables para el procesamiento.

Nombre del/de la paciente (letra de molde)  
Firma del/de la paciente, padre/madre, o tutor/a

Fecha  
Relación con el/la paciente (si corresponde)

OFFICE USE ONLY:

MRN: __________ RCVD __ / __ /
☐ ORIGINAL ☐ REVISED ☐ PM UPDATED __________
Paquete de Reglas para Pacientes Nuevos

Favor de firmar la última página y devolvérsela al CHCFC
REGLAS PARA PACIENTES

REGLA DE REPUESTO (REFILL) DE MEDICAMENTOS

Es importante saber que usted no es paciente oficial hasta que lo veamos en su primera cita. No podemos proveerle ningún repuesto de medicamento, llenar ningún formulario, ni proveerle con consejos hasta su primera cita. Para evitar que se le acaben los medicamentos durante el tiempo en que está cambiando de oficina, asegúrese de obtener como mínimo un suministro de dos meses de cualquier medicamento que esté tomando de su médico actual antes de transferir sus expedientes.

FILOSOFÍA DEL DOLOR CRÓNICO

El CHCFC provee tratamiento del dolor crónico por varios métodos que pueden incluir medicamentos y/o recomendaciones para tratamientos alternativos como la fisioterapia, la hidroterapia, el masaje, la acupuntura, clínicas para el dolor, y consultas con especialistas. Trabajaremos con usted para componer un plan comprensivo para ayudarle a manejar su dolor.

REGLA DE NO ASISTIR A LAS CITAS

Un “No Show” (“No asistió”) se define como un paciente que no asistió a una cita programada. Cualquier paciente con tres (3) “No Shows” dentro de un período de doce (12) meses puede estar sujeto a ser despedido de la práctica después de una revisión de su caso por su médico de cabecera oficial.

REGLAS DE BANDERA ROJA

Para proteger a los americanos del robo de identidad, la Comisión Comercial Federal recientemente pasó leyes que nos requieren tomar medidas que protegen a nuestros pacientes del robo de identidad. Esto afectará a pacientes de varias maneras:

1. Requeriremos que nuevos pacientes adultos provean una tarjeta de identificación con foto para su expediente.
2. Para pacientes adultos establecidos, verificaremos su tarjeta de identificación con foto una vez al año.
3. Todos los pacientes con seguro deben proveer una copia de su tarjeta para su expediente.
4. Si usted sospecha que otra persona ha usado su información de seguro o de otra manera ha robado su identidad, reportelo inmediatamente a la policía local y a nuestra Oficina Administrativa.
5. Investigaremos casos donde el posible robo de identidad o el uso de la información de seguro u otra información de una persona puede haber sido usada ilegalmente. Cuando sea apropiado, es posible que necesitemos documentación adicional para verificar la identidad de una persona. Notificaremos a las autoridades en casos donde hay razón de creer que ha ocurrido el robo de identidad, el fraude, u otra actividad ilegal.

Greenfield Medical & Dental  
102 Main Street  
Greenfield, MA 01301  
Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care  
164 High Street  
Greenfield, MA 01301  
Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental  
450 W River Street  
Orange, MA 01364  
Tel: (978) 544 - 7800
Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

PÓLIZA DE PAGOS POR SERVICIOS

CO-PAGOS DEL SEGURO

Se espera los co-pagos de seguro al momento del servicio. El CHCFC le mandará una factura para los co-pagos si no se pagan al momento del servicio. Se espera el pago en su totalidad dentro de 30 días de recibir la factura. Si el paciente no ha pagado tres co-pagos consecutivos, recibirá una carta del Gerente de Facturación declarando que el paciente debe pagar el co-pago de su próxima cita y una cantidad de los previos co-pagos debidos o debe ponerse en contacto con la oficina administrativa para arreglos de pago para cualquier balance pendiente. Si los balances no se pagan dentro de 90 días de la fecha del servicio y el paciente no ha hecho ningún acuerdo de pago, se mandará la cuenta del paciente a una agencia de colecciones para la colección.

BALANCES DEL PACIENTE DESPUÉS DEL SEGURO

Si al paciente le queda un balance pendiente después de mandarle la factura a la aseguradora, el paciente recibirá una factura mostrando el monto debido. Se espera el pago en su totalidad dentro de 30 días de recibir la factura. Los pacientes recibirán una factura mensual hasta que la cuenta se pague en su totalidad. Si no se pagan los balances dentro de 90 días de la fecha del servicio y el paciente no ha hecho ningún acuerdo de pago, se mandará la cuenta del paciente a una agencia de colecciones para la colección.

ASISTENCIA FINANCIERA

Es la política del CHCFC de ofrecer planes de pago a pacientes que no pueden pagar sus facturas para servicios provistos por el CHCFC dentro de 90 días de la fecha del servicio. Los pacientes deben ponerse en contacto con la oficina de facturación al 413-325-8500, ext. 150, para solicitar un plan de pago. El paciente será responsable de hacer los arreglos del pago según lo que se acordó en el plan de pago firmado.

Si usted no tiene seguro, favor de ponerse en contacto con nuestro departamento de alcance comunitario e inscripción para solicitar la cobertura. Si no se puede obtener la cobertura por el sistema de inscripción del estado por razones además de las de no pagar la prima, es posible que usted sea elegible para una escala móvil de cuotas basada en sus ingresos anuales. Los ingresos anuales deben ser verificados por el personal del CHCFC.
NOTIFICACIÓN SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
(Revisado 08/01/2009)

Este aviso describe cómo utilizaríamos o compartiríamos la información sobre su salud y cómo puede usted acceder esta información. Esta práctica ha estado vigente desde 08/01/2009 y se aplica a toda información protegida de su salud y mantenida por nosotros. Tenemos los siguientes deberes para con la manutención, uso y divulgación de sus archivos de salud: (1) Se nos requiere por ley el mantener la privacidad de la información protegida de salud en su archivo y el proveerle está notificación sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información. (2) Se nos requiere el acatar los términos de esta notificación actualmente vigente. (3) Reservamos el derecho a cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento, haciendo que cualquier nueva estipulación esté disponible para toda la información de salud y archivos que hemos mantenido y continuaremos manteniendo. Todo cambio en esta notificación será prominentemente expuesto y disponible en nuestra oficina.

Existe un número de situaciones en las que nosotros podríamos utilizar o revelar su información confidencial de salud a otras personas o entidades. Ciertos usos y divulgaciones requerirían su firma como acuse de recibo de esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad. Estas situaciones incluyen el tratamiento, pago y operaciones relacionadas con su cuidado de salud. Cualquier uso o divulgación de su información protegida de salud que se requiera por alguna otra razón que no sea tratamiento, pago u operaciones de salud requerirían su firma y autorización. Alguns divulgaciones que son requeridas por ley, o bajo circunstancias de urgencia puede que se hagan sin su acuse de recibo o autorización. Bajo cualquier circunstancia, vamos a hacer uso o divulgar sólo el mínimo de la información necesaria de nuestros archivos médicos para lograr el propósito previsto de dicha divulgación. Intentaremos de buena fe el obtener su acuse de recibo firmado de esta notificación para usar y divulgar su información confidencial de salud por los siguientes propósitos. Estos ejemplos no tienen la intención de ser exhaustivos, pero si intentan describir los tipos de uso y divulgación que pueden ser hechos por nuestra oficina una vez que usted haya dado el permiso.

Tratamiento: Utilizaremos su información de salud para tomar decisiones sobre la provisión, coordinación o gestión de su cuidado médico, incluyendo el análisis y diagnóstico de su condición y la determinación del tratamiento apropiado para dicha condición. También podría ser necesario el compartir su información de salud con otro proveedor médico con quién necesitemos consultar con respecto a su cuidado. Estos son sólo ejemplos de los usos y divulgación de información médica por el propósito de tratamiento que puede o no ser necesario en su caso.

Pago: Puede que necesitemos utilizar o divulgar la información en su archivo médico para obtener reembolso de parte de usted, de su compañía de seguro de salud u otro seguro de salud por nuestros servicios dados a usted. Esto puede incluir determinaciones de elegibilidad o cobertura bajo el plan de seguro de salud apropiado, la previa certificación y previa autorización de servicios o revisión de servicios con el propósito de obtener reembolso. Esta información podría ser utilizada para la facturación, manejo de reclamos con propósito de la colecta de pagos y el procesamiento de datos relacionados a través de nuestro sistema.

Operaciones: Sus registros de salud podrían ser utilizados en nuestros planes de negocios y el desarrollo de operaciones, incluyendo la mejora de nuestras métodos de operación y funciones generales administrativas. También podríamos utilizar la información para nuestro cumplimiento general de planificación, actividades de revisión de cuidado médico y el arreglo de funciones legales y de auditoría.

Hay ciertos casos en los que podríamos utilizar su información aún sin primero obtener su reconocimiento y permiso. Dichos casos generalmente incluyen salud pública y actividades de supervisión, orden público, procedimientos judiciales o administrativos y certificación de investigación para determinar la causa de defunción. Específicamente, se nos podría requerir el reportar a ciertas agencias la información concerniente a ciertas enfermedades o condiciones contagiosas, enfermedades de transmisión sexual o el estado de VIH/SIDA. se nos requiere el reportar circunstancias de abuso, negligencia o violencia doméstica sospechados o documentados. Se nos
requiere reportar a agencias apropiadas y las autoridades de orden público si usted o alguna otra persona está en
inmediato riesgo de peligro a la salud o la seguridad. En la mayoría de los casos debemos divulgar información de
salud cuando se nos requiere hacerlo por orden de la corte o una citación para hacerlo. Debemos dar acceso a la
información de su salud con el propósito de responder a denuncias a entidades licenciadas del Estado y del gobierno
Federal como por ejemplo, la Junta de Registro de Medicina y el Departamento de Salud Pública. Puede que le
llamemos de vez en cuando para recordarle sus citas o informarle sobre tratamientos alternos u otros beneficios de
salud y servicios que podrían interesarle.

**Otras Personas Envolvidas en su Cuidado Médico:** A menos que usted se oponga, podríamos compartir con su
familia, con algún amigo o cualquier otra persona identificada por usted, la información médica que esté
directamente relacionada con la participación de dicha persona en su cuidado de salud. Si usted no está disponible o
no está de acuerdo con dicha divulgación, podríamos dar información necesaria si consideráramos que el hacerlo es
de su beneficio, basados en nuestra opinión profesional. Podríamos notificar o asistir a un miembro de su familia,
representante u otra persona encargada de su cuidado sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.
Finalmente, podríamos usar o compartir su información privada de salud a una entidad autorizada pública y privada
para asistir durante esfuerzos para el alivio de desastres y coordinar los usos y la divulgación a familiares u otras
personas envueltas en su cuidado de salud.

**Barreras de Comunicación y Emergencias:** Podríamos usar o divulgar su información protegida de salud si
intentamos obtener su autorización pero no podemos debido a considerables barreras de comunicación y
determinamos, haciendo uso de nuestro juicio profesional, que usted tiene intenciones de darnos permiso bajo sus
circunstancias. Puede que usemos o divulguemos su información en una situación de tratamiento de emergencias. Si
esto sucediera, intentaríamos obtener su permiso en tanto nos sea razonablemente posible luego de haber hecho el
tratamiento. Si se nos requiere por ley o por razones de necesidad para tratarle y hemos tratado de obtener su
permiso pero no hemos podido, aún así puede que usemos su información para poder ofrecerle el tratamiento
necesario.

Exceptuando las situaciones descritas anteriormente, su información protegida de salud no se usará ni divulgará a
ninguna persona o entidad sin su consentimiento, una autorización que usted puede revocar en cualquier momento.
En particular, exceptuando en el caso de que la divulgación haya sido hecha a agencias gubernamentales por
requerimiento legal y para mantener la confidencialidad de los datos, no se informará a ninguna otra persona o
entidad cualquier información relacionada con el tratamiento de su salud mental, tratamiento por abuso de alcohol o
drogadicción, VIH/SIDA o enfermedades transmitidas sexualmente que puedan estar contenidas en su récord de
salud. Asimismo, no compartiremos su récord médico a ningún empleador con el propósito de tomar decisiones
para darle trabajo, o a ninguna compañía de seguros o abogados como resultado de heridas ocasionadas en un
accidente automovilístico o a ninguna autoridad educacional sin su autorización escrita, una citación u orden de la
corte.

Usted tiene ciertos **derechos en cuanto a su récord de salud**, como se explica en lo siguiente:

1. **Usted puede solicitar la restricción de los usos y divulgaciones de su archivo médico para el tratamiento,**
   pago u operaciones, o restricciones en las que su cuidado o pago de dicho cuidado estén involucrados.
   No se nos requiere que estemos de acuerdo con esas restricciones; de cualquier manera, si estuviéramos
de acuerdo, vamos a cumplir con ello exceptuando en el caso de emergencias, la divulgación de su
   récord a usted mismo o si se nos requiriese por ley el hacer una divulgación por completo sin
   restricciones.

2. **Usted tiene el derecho a solicitar el recibir comunicaciones confidenciales sobre su información médica
   entre medios alternativos o localidades alternativas.** Si usted solicitara dicho acuerdo, puede que se le
   facture un impuesto por ello y se le requerirá especificar la dirección alternativa, cualquier otro método de
   contacto y cómo será hecho el pago.

3. **Tiende el derecho a inspeccionar, copiar y solicitar correcciones a su récord médico.** El acceso a
   dicho récord no incluirá notas contenidas en psicoterapia o información compilada en anticipación y
   para el uso en un caso civil, criminal o administrativo en el que se le prohíbe a usted el acceso a ello por
   ley. Se le cobrará un impuesto por el proveer una copia de su historia médica o cualquier resumen de
dicha historia por orden de su parte, lo cual incluye el costo de copiado, envío y preparación, explicación o resumen de la información. 

(4) Todas las solicitudes de inspección, copiado y/o correcciones de la información en su récord médico y toda solicitud relacionada con sus derechos expresados en esta notificación, deben hacerse de manera escrita y dirigirse a nuestro oficial de privacidad a nuestra dirección. Responderemos a su solicitud en tiempo oportuno.

(5) Usted tiene un derecho limitado para recibir cuenta de todas las divulgaciones de su información de salud que hagamos a otras personas o entidades, exceptuando divulgaciones requeridas para el tratamiento, pago o operaciones. Dichas divulgaciones son aquellas que usted haya autorizado por escrito previamente, incidentales a otro uso o divulgación permissible o de otra manera permitidas por ley. No se le cobrará por la primera solicitud durante los primeros doce meses, pero sí se le cobrará un impuesto adicional por cada solicitud subsecuente durante el mismo período de doce meses.

(6) Si esta notificación le fue proveída de manera electrónica, tiene usted el derecho de obtener una copia en papel de esta notificación para llevar a casa si usted así lo desea.

Usted puede emitir una queja por escrito dirigida a nosotros o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted considera que su derecho a confidencialidad de su récord médico ha sido violado. Toda queja debe ser hecha por escrito y debe dirigirse al Oficial de privacidad (en caso de que la queja se dirija a nosotros) o a la persona designada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si nosotros no podemos resolver su problema. No se le contratacará por hacer dicha queja. Para más información disponible sobre quejas al gobierno visite http://www.hhs.gov/ocr/hipaa

Toda queja concerniente a esta notificación debe ser dirigida a:
Oficial de Privacidad, 102 Main Street. Greenfield, MA 01301
AVISO DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de recibir el cuidado respetuoso y compasivo en un ambiente seguro y no amenazante, no importa su edad, género, raza, origen nacional, religión, orientación sexual, identidad de género, o discapacidad.
- Usted tiene el derecho de saber la identidad y el estatus profesional de todos los miembros del equipo de cuidado de la salud que le proveen el cuidado.
- Usted tiene el derecho de ser informado sobre su diagnóstico y pronóstico, si se sabe, y de ser informado sobre los riesgos y beneficios de todas las opciones de tratamiento que le ofrecen. Usted tiene el derecho al consentimiento informado por escrito antes de cualquier procedimiento médico no urgente.
- Usted tiene el derecho de escoger un médico de cabecera (PCP) y de transferir su cuidado a otro PCP dentro del centro de salud o a otra práctica.
- Usted tiene el derecho a la confidencialidad y puede esperar que las comunicaciones y expedientes de su cuidado sean confidenciales, a menos que la divulgación se permita o se requiera por la ley.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar su expediente médico/dental si lo pide, y de recibir una copia de su expediente médico/dental. Se determinará la cuota según los costos de fotocopiado. Usted tiene el derecho de recibir una lista de personas a las que se ha divulgado sus expedientes.
- Usted tiene el derecho a la privacidad durante el tratamiento médico según la capacidad del centro.
- Usted tiene el derecho de pedir la presencia de un acompañante durante cualquier tipo de examen.
- Usted y cualquier familiar o amigo que usted designe tienen el derecho de participar completamente en decisiones sobre su cuidado, incluyendo el derecho de rechazar el tratamiento.
- Usted tiene el derecho a la comunicación que puede entender, incluyendo la provisión de servicios de interpretación de lenguas, si es necesario, a ningún costo a usted.
- Usted tiene el derecho, al pedirlo, de recibir información sobre oportunidades para la asistencia financiera y servicios de cuidado de la salud gratis.
- Usted tiene el derecho de rechazar ser examinado, observado, o tratado por estudiantes o cualquier otro personal del centro sin comprometer su acceso al cuidado médico.
- Usted tiene el derecho de rechazar ser sujeto de investigaciones y de rechazar cualquier cuidado o examinación cuando el propósito primario es educativo o informativo en vez de terapéutico.
- Usted tiene el derecho al tratamiento de emergencia sin la discriminación relacionada al estatus económico o la fuente de pago y sin demorar el tratamiento por propósitos de discusión previa de la fuente del pago, a menos que tal demora se pueda imponer sin riesgo material a su salud.
- Usted tiene el derecho de examinar y recibir una explicación detallada de su factura, incluyendo reembolsos a un tercero, no importa la fuente del pago.
- Usted tiene el derecho de expresar sus inquietudes sobre el cuidado que recibe. Si no se resuelve su inquietud a su satisfacción, favor de ponerse en contacto con:

Gerente de la Práctica Médica

102 Main Street
Greenfield, MA 01301
o llame al (413) 325-8500
SUS RESPONSABILIDADES

- Se espera que usted provea información completa y precisa sobre su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, y aseguradora, cuando se la pida.
- Se espera que usted provea información completa y precisa sobre su salud e historial médico.
- Se espera que usted asista a las citas programadas, que llegue a tiempo, y que llame con anticipación si no puede asistir a una cita.
- Se espera que usted haga preguntas cuando no entiende información o instrucciones. Si usted cree que no puede cumplir con su plan de tratamiento, tiene la responsabilidad de informarle a su proveedor. Usted es responsable del resultado si no sigue el plan de tratamiento recomendado por su proveedor.
- Se espera que usted trate a todo el personal y a otros pacientes con respeto y que no se porte de una manera perturbadora, irrespetuosa, o amenazante.
- Se espera que usted provea la información necesaria para el procesamiento de reclamos y que no demore en pagar sus facturas.
Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

VERIFICACIÓN DE RECIBO DEL PACIENTE

Mi firma de abajo es para verificar que me han dado una copia de cada documento en la lista de abajo. Entiendo que puedo pedir una copia nueva de estos documentos en cualquier momento.

- Regla de Repuesto (Refill) de Medicamentos
- Filosofía del Dolor Crónico
- Regla de No Asistir a las Citas
- Aviso de las Reglas de Bandera Roja (Robo de Identidad)
- Reglas de Pagos para Pacientes del CHCFC
- Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso de HIPAA)
- Aviso de los Derechos y las Responsabilidades del Paciente

Puedo pedir que me envíen estos documentos en el formato alternativo:

- Letra grande

Nombre del paciente (Letra de molde)

Del paciente / tutor Fecha

Greenfield Medical & Dental
105 Main Street
Greenfield, MA 01301
Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care
104 High Street
Greenfield, MA 01301
Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental
450 W River Street
Orange, MA 01364
Tel: (978) 544 - 7800