

Account # \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Primer Nombre)

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono (Casa) \_\_\_\_\_ Numero Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
(Mes) (Dia) (Año)

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)

Nombre de la Esposa(o) \_\_\_\_\_

---

#### Si el paciente es menor de Edad llenar esta seccion

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Telefono (Padres) \_\_\_\_\_ Telefono (Madre) \_\_\_\_\_

---

#### Informacion de Aseguranza

Nombre de las Aseguranza \_\_\_\_\_

Numero de I.D. \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_

---

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relacion del Paciente \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Autorizo a New Leaf Medical Clinic, LLC a proporcionar a la compañía de seguros del asegurado toda la informacion que dicha compañía de seguros pueda solicitar sobre mi enfermedad o lesion actual. Por la presente cedo a New Leaf Medical Clinic, LLC todo el dinero al que tengo derecho a gastos medicos en relacion con los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los cargos incurridos.

Autorizo a New Leaf Medical Clinic, LLC o a cualquier otro medico designado por ellos para proporcionar dichos servicios medicos, ya sea regulares o de emergencia, segun se determine que es en mi mejor interes. Esta autorizacion continuara y estara en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(Paciente o persona responsable)

# Historia Del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

---

## Historial Medico:

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos:  No  Si, Cuales \_\_\_\_\_

Cirugias/Hospitalizaciones:  No  Si, Lista/Fechas \_\_\_\_\_

El ultimo medico visto, cuando y por que? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna de las siguientes pruebas de deteccion? (Si es asi, ¿cuando y fue anormal?)

Prueba de Densidad de Hueso:  Si  No \_\_\_\_\_ Colonoscopia:  Si  No \_\_\_\_\_

Electrocardiograma:  Si  No \_\_\_\_\_ Prueba de esfuerzo cardiaco:  Si  No \_\_\_\_\_

Ecocardiograma (ultrasonido del corazon):  Si  No \_\_\_\_\_

Hombre: Examen de prostata:  Si  No \_\_\_\_\_

Mujer: Mamografia:  Si  No \_\_\_\_\_

Papanicolau:  Si  No \_\_\_\_\_

---

## Historia Social:

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

¿Usted fuma?  No  Si, Cuanto? \_\_\_\_\_ ¿Cuando dejo de fumar? \_\_\_\_\_

¿Alguien fuma en casa?  No  Si

¿Bebes bebidas alcoholicas?  No  Si, Que tanto? \_\_\_\_\_

¿Quien vive en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Trabajo/posicion actual? \_\_\_\_\_

Lista de nombres y edades de los niños: \_\_\_\_\_

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

---

## **POR FAVOR, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

1. ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales en el contestador automatico o en el correo de voz?  Si  No

2. Por favor, enumere, si existe, a la(s) persona(s) a la(s) que podamos informar sobre sus condiosciones medicas generales, diagnostico y/o sus operaciones de pago:

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

### **ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Asigno todos los beneficios del seguro a New Leaf Medical Clinic, LLC. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por mi seguro. Entiendo que New Leaf Medical Clinic, LLC **no es responsable de conocer mi plan, lo que pagara o los deducibles requeridos**. Autorizo al medico a divulgar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de beneficios. Doy mi consentimiento para el examen, el tratamiento y la facturacion de seguros.

### **RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:**

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta practica medica. Reconozco ademas que una copia del aviso actual se publicara en el area de recepcion, y que se me ofrecera una copia de un Aviso de Privacidad Practie modificado en cada cita.

**Firma Del Paciente O Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_

Si no esta firmado por el paciente, por favor indicar:

**Relacion:** \_\_\_\_\_

**Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_

# HIPAA Aviso de prácticas de privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELARSE, COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN, SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN DE SALUD Y NUESTRA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA. POR FAVOR REVÍSELO CON CUIDADO.**

Las leyes estatales y federales exigen que mantengamos la privacidad de su información de salud e informarle sobre nuestras prácticas de privacidad por que le proporciona este aviso. Tenemos la obligación de atenerse a los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Este Aviso tendrá efecto el 26 de marzo de 2013 y permanecerá en efecto hasta que sea modificado o se sustituya por nosotros.

Se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad siempre y cuando la ley permita los cambios. Antes de hacer un cambio significativo, el presente Aviso será enmendado para reflejar los cambios y vamos a hacer el nuevo Aviso disponibles bajo petición. Se reserva el derecho de hacer cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos del aviso efectivos para toda información de salud mantenida, creados y / o recibida por nosotros antes de la fecha en que se hicieron los cambios.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento contactando nuestro Oficial de Privacidad.

**Vamos a mantener su información de salud confidencial, utilizándola únicamente para los siguientes propósitos:**

**Tratamiento:** Mientras que ponemos a su disposición con los servicios de cuidado de la salud, podemos compartir su información médica protegida (PHI) incluyendo información protegida de salud electrónica (ePHI) con otros proveedores de cuidado de la salud, asociados de negocios y sus subcontratistas o individuos que participan en su tratamiento, análisis de datos o soporte facturación, administrativo. Estos socios y subcontratistas mediante contratos firmados son requeridos por la Ley Federal para proteger su información de salud. Hemos establecido 'mínimo necesario' o 'saber' normas que limitan el acceso de varios miembros del personal a su información de salud según sus funciones de trabajo principal. Todo nuestro personal está obligado a firmar una declaración de confidencialidad.

**Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para solicitar el pago de los servicios que le ofrecemos. Esta información involucra a nuestra oficina de negocios personal y puede incluir las instituciones de seguros, colecciones o de terceras partes que pueden ser responsables de dichos gastos, como los miembros de la familia.

**Divulgación:** Podemos divulgar y / o compartir información de salud protegida (PHI), incluyendo la divulgación electrónica con otros profesionales de la salud que proporcionan tratamiento y / o servicio. Estos profesionales tienen una Póliza de Privacidad y confidencialidad como esta. La información de salud acerca de usted también puede ser revelada a su familia, amigos y / o de otras personas que decide involucrarse en su cuidado, sólo si usted acepta que podemos hacerlo. A partir del 26 de marzo 2013 los registros de vacunación de los estudiantes pueden ser puestos en libertad sin una autorización (siempre que el PHI divulgada se limita a la prueba de la inmunización). Si un individuo ha fallecido puede divulgar su PHI a algún familiar o individuo involucrado en cuidados o el pago antes de la muerte. Notas de psicoterapia no serán utilizadas o reveladas sin su autorización por escrito. Genética Ley de No Discriminación de la Información (GINA) prohíbe que los planes de salud de usar o revelar la información genética para fines de suscripción. Usos y revelaciones que no se describen en este aviso se harán sólo con su autorización firmada.

**Derecho a una Contabilidad de Revelaciones:** Usted tiene el derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" de su información protegida si la divulgación se hace con fines distintos de la prestación de servicios, pagos, u operaciones y negocios. A la luz de la creciente utilización de la tecnología de registro médico electrónico (EMR), la Ley HITECH que permite el derecho de solicitar una copia de su información médica en formato electrónico si guardamos su información en forma electrónica. Revelaciones pueden estar disponibles durante un período de 6 años antes de su solicitud y de la información de salud electrónica antes de la fecha en que se solicite la contabilidad de 3 años. Si por algún motivo no somos capaces de un formato electrónico, se le proporcionará una copia impresa legible. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Listas, previa solicitud, será de \$ \_\_\_\_\_ por cada página y el tiempo del personal encargado será de \$ \_\_\_\_\_ por hora, incluyendo el tiempo necesario para localizar y copiar su información de salud. Por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas.

**Derecho a solicitar la restricción de su PHI:** Si usted paga en su totalidad de su bolsillo para su tratamiento, puede darnos instrucciones de no compartir información acerca de su tratamiento con su plan de salud, si la solicitud no es requerido por la ley. A partir 26 de marzo 2013, La Regla de Omnibus restringe la negativa del proveedor de la solicitud de un individuo a no divulgar PHI.

**Declaraciones que no son rutinas:** Usted tiene el derecho de recibir una lista de declaraciones que no son rutinas que hemos hecho de su información de salud. Usted puede solicitar declaraciones que van 6 años atrás a partir del 14 de abril de 2003.

**Emergencias:** Podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación de un miembro de la familia o cualquier persona responsable de su cuidado, en caso de cualquier emergencia relacionada con su cuidado, su ubicación, su condición general o muerte. Si es posible te proporcionaremos una oportunidad de oponerse a este uso o divulgación. Bajo condiciones de emergencia o si usted está incapacitado usaremos nuestro juicio profesional para revelar sólo esa información directamente relevante a su cuidado. También usaremos nuestro juicio profesional para hacer inferencias razonables de su interés por permitir que alguien recoger recetas rellenas, radiografías u otras formas similares de información médica o suministros a menos que usted nos ha aconsejado lo contrario.

**Operaciones de cuidado de la salud:** Nosotros usaremos y revelaremos su información de salud para mantener nuestra práctica operable. Ejemplos de personal que pueda tener acceso a esta información incluyen, pero no se limitan a, nuestro personal registros médicos, operaciones de seguros, centros sanitarios y las personas que realizan actividades similares.

**Requerido por Ley:** Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido para ello por la ley. (Corte o administrativas, órdenes de citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.) Vamos a utilizar y divulgar su información cuando lo solicite la seguridad nacional, inteligencia y otros funcionarios estatales y federales y / o si usted es un preso o bajo la custodia de aplicación de la ley.

**Seguridad Nacional:** La información sobre la salud del personal de las Fuerzas Armadas puede ser revelada a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Si la información es requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, es posible que revelemos a funcionarios federales autorizados.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Esta información será compartida en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la de otros.

**Responsabilidades de Salud Pública:** Nosotros revelaremos su información de salud para reportar problemas con productos, reacciones a medicamentos, la retirada de productos, la exposición a la enfermedad / infección y para prevenir y controlar enfermedades, lesiones y / o discapacidad.

**Servicios de Márketing relacionados con la salud:** No usaremos su información de salud para fines de marketing a menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo. A partir 26 de marzo 2013, tenemos la obligación de obtener una autorización para fines de marketing, si se proporciona la comunicación acerca de un producto o servicio y que reciben una remuneración financiera (que me paguen a cambio de hacer la comunicación). No se requerirá autorización si la comunicación se realiza cara a cara o por regalos promocionales.

**Recaudación de fondos:** Podemos utilizar cierta información (nombre, dirección, información telefónica número o correo electrónico, edad, fecha de nacimiento, género, estatus de seguro de salud, fechas de servicio, Departamento de información de servicio, tratamiento médico información o resultado) para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos y tendrá derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones con cada solicitud. Eficaz 26 de marzo de 2013, PHI que requiere una autorización escrita del paciente antes de la comunicación de recaudación de fondos incluyen: diagnóstico, la naturaleza de los servicios y tratamiento. Si ha elegido optar por que nos prohíbe hacer comunicación de recaudación de fondos bajo la regla de privacidad de HIPAA.

**Venta de PHI:** Estamos prohibidos para divulgar su PHI sin autorización si constituye remuneración (pagan a cambio de la PHI). 'Venta de PHI' no incluye divulgaciones para salud pública, ciertos propósitos de investigación, tratamiento y pago y para cualquier otro propósito permitido por la regla de privacidad, donde la única remuneración recibida es 'una cuota de base de costo razonable' para cubrir los costos para preparar y transmitir la PHI para tal fin o una cuota lo contrario expresamente permitida por la ley. Operaciones societarias (es decir, venta, transferencia, fusión, consolidación) también estarán excluidas de la definición de 'venta'.

**Recordatorios de Citas:** Podemos usar su información médica para recordarle sus servicios recomendados, tratamiento o citas programadas.

**Acceso:** Previa solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información de la salud (y la de una persona de quien usted es un tutor legal.) Proporcionaremos acceso a información de salud en una forma / formato solicitado por usted. Habrá algunas excepciones limitadas. Si desea examinar su información médica, usted tendrá que completar y presentar un formulario de solicitud correspondiente. Póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una copia del formulario de solicitud. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Una vez aprobado, una cita se puede hacer para revisar sus registros. Las copias, si se solicita, será de \$ \_\_\_\_ por cada página y el tiempo del personal encargado será de \$ \_\_\_\_ por hora, incluyendo el tiempo necesario para copiar su información de salud. Si desea que las copias enviadas a usted, también se cobrará gastos de envío. El acceso a su información médica en forma electrónica si (fácilmente producible) se pueden obtener con su solicitud. Si por algún motivo no somos capaces de un formato electrónico, se le proporcionará una copia impresa legible. Si prefiere un resumen o una explicación de su información de salud, le daremos por una tarifa. Por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho a modificar su información de salud si te sientes es inexacta o incompleta. Su petición debe ser por escrito y debe incluir una explicación de por qué debe modificarse la información. Bajo ciertas circunstancias puede ser negado su petición.

**Los requisitos de notificación de incumplimiento:** Se presume que cualquier adquisición, acceso, uso o divulgación de la PHI no permitido bajo las regulaciones HIPAA es una violación. Estamos obligados a completar una evaluación del riesgo y si es necesario, informar a HHS y tomar otras medidas requeridas por la ley. Se le notificará de la situación y las medidas que debe tomar para protegerse contra el daño debido a la violación.

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Usted tiene el derecho a presentar una queja con nosotros, si sientes que no hemos cumplido con nuestras políticas de privacidad. Su queja debe ser dirigida a nuestro oficial de privacidad. Si te sientes nos podríamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hicimos con respecto a su acceso a su información médica, puede presentar una queja con nosotros por escrito. Solicitar un formulario de queja de nuestro oficial de privacidad. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información y no tomarán represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

## CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS:

New Leaf Medical Clinic, LLC  
710 West Hobbs Street  
Athens, AL 35611  
(256) 800-2105

Firma a continuación es sólo reconocimiento que ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Firma: \_\_\_\_\_ Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



New Leaf Medical Clinic, LLC  
Healthcare with a heart

## **Póliza de Cancelación y No Presentación**

Para que cada paciente reciba la atención adecuada, le pedimos que sea cortés y llame a la oficina de inmediato si no puede asistir a una cita. Este tiempo será resignado a alguien que tenga una necesidad urgente de tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, requerimos que se notifique con un mínimo de 24 horas de anticipación. Su consideración le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención médica oportuna.

**Tenga en cuenta que si falta a más de 2 citas, será dado de alta de New Leaf Medical Clinic, LLC.**

He leído y comprendo La Póliza de Cancelación y No Presentación de New Leaf Medical Clinic, LLC. Entiendo mi responsabilidad de planificar las citas y notificar a la persona adecuada si necesito cancelar una cita. Entiendo que si no me presentara a las citas, podría ser dado de alta de la clínica.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Doy permiso a New Leaf Medical Clinic para enviar mensajes de texto con recordatorios de citas a mi número de teléfono \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Contacto de Emergencia

Esta información será sumamente importante en caso de un accidente o emergencia médica. Asegúrese de firmar y fechar este formulario.

**Por favor imprima solamente**

Nombre del Paciente	Número de teléfono del paciente
Nombre del contacto de emergencia principal	Relación
Teléfono Principal	Teléfono secundario
Nombre del contacto de emergencia secundario	Relación
Teléfono Principal	Teléfono secundario

Con mi firma a continuación, autorizo a New Leaf Medical Clinic, LLC. para comunicarme con mi (s) persona (s) de contacto de emergencia en caso de una emergencia. También autorizo a New Leaf Medical Clinic, LLC. para divulgar cualquier información a mi (s) persona (s) de contacto de emergencia si hay alguna pregunta o inquietud con respecto a mi estado de salud.

Firma del paciente/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



New Leaf Medical Clinic, LLC  
Healthcare with a heart

## Notificación al Paciente

**Copago y Pagos:** Todos los pagos se deben al momento del servicio.

**Hora de la Cita:** Debe llegar 10 minutos ANTES de la hora de inicio de su cita. Esto le dará tiempo para completar cualquier papeleo necesario. Si llega más de 15 minutos después de la hora de la cita, es posible que su cita sea reprogramada.

**Cargos por Retraso:** Si llega más de 30 minutos después de la hora de su cita, se le considerará "NO PRESENTADO" por esa cita y se le cobrará y sea probable que necesitemos reprogramar su visita.

**Cancelaciones:** Si debe cancelar o reprogramar una cita, por favor avise con anticipación para que podamos darle ese tiempo a otro paciente que esté esperando. Se cobrará una tarifa por "No Presentarse" a su cita. Después de dos (2) "No presentaciones", será dado de alta de la clínica.

**Laboratorio:** Sus muestras se enviarán a LABCORP y Assurance a menos que nos lo notifique. Tenga en cuenta que estos laboratorios se facturarán a su seguro por separado. Es su responsabilidad saber si su compañía de seguros requiere que sus laboratorios se envíen a otra parte.

**Formularios y Cartas:** Hay un cobro de \$10 por formularios y cartas. Este cargo se debe pagar por adelantado.

### Otros cargos:

Servicios no cubiertos	Costo
Transferencia de archivos medicos	\$20
Copia de archivo medicos	\$20

**Excusa de la escuela / trabajo:** La excusa de escuela/trabajo se emitirá el día de la cita. Ninguna excusa será dada con días pasados. La duración de la excusa la determinará el proveedor médico.

**Relleno de Medicamentos:** Debido al volumen de solicitudes de reabastecimiento, requerimos un aviso de 48 horas.





New Leaf Medical Clinic, LLC  
Healthcare with a heart

### Acuse de recibo de la notificación

Por la presente reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica médica con fecha de vigencia del 1 de julio de 2023.

Firmado : \_\_\_\_\_

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

Imprimir nombre : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el paciente, indique su relación con el paciente:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Guardián o curador de un paciente incompetente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_



New Leaf Medical Clinic, LLC

Healthcare with a heart

## **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**

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

### **Sus opciones**

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

### **Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

## **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.

### **Solicitar que corrijamos su historial médico**

- Puede solicitar que corrijamos 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 solicitar 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.

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

- Puede solicitar 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 solicitar 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.

## **Tratamiento**

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

## **Dirigir nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

## **Facturar por sus servicios**

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

**Ejemplo:** Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

## **¿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.

## **Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a New Leaf Medical Clinic, LLC**

Oficial de privacidad:

Gerente de cumplimiento/oficial de privacidad

710 West Hobbs Street

Athens, AL 35611

256-800-2105 [newleafmedicalclinicllc@gmail.com](mailto:newleafmedicalclinicllc@gmail.com)

Effective Date: July 1, 2023