



Prevent. Promote. Protect.

CLIENT REGISTRATION FORM HOJA DE REGISTRO DEL CLIENTE

Por favor llene esta forma para que nosotros podamos ofrecerle la mejor atención posible. La información que usted comparta con nosotros es parte de su información médica confidencial. Algunas enfermedades infecciosas deben de ser reportadas al Departamento de Salud del Estado de Indiana de acuerdo con la ley estatal (I.C. 16-41-2-1)

Escuela Nombre: _____

Grado: _____

FOR STAFF USE ONLY

MCPHD Client # _____

Eskenazi Patient# _____

Location or Screening Event _____

POR FAVOR ESCRIBA

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
mes dia año

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Social Security Number

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Apodo/Sobre nombre: _____ Nombre de soltera: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código

Número de teléfono de la casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

dirección de correo electrónico: _____

Sexo/Genero:

- Masculino Trans (choose one)
- Femenino Masculino → Femenino
- Femenino → Masculino

Estado Marital:

- Soltero(a) Viudo(a)
- Casado(a) Separado
- Divorciado(a)

Primor Idioma:

- Inglés
- Español
- Otro: _____

¿Es un paciente nacido de parto múltiple? (gemelos, triples, etc.)
Marque el cuadro si la respuesta es. Sí

Favor de contestar ambas preguntas: Favor de seleccionar las respuestas que apliquen. (Esta información es para uso estadístico solamente)

1. ¿Cual es su raza?

- Afro Americano o Negro
- Indio Americano o Nativo de Alaska e - Especifique la tribu: _____
- Indio Asiático
- Chino
- Filipino
- Guamani o Chamorro
- Nativo de Hawai
- Japonés
- Coreano
- Otra parte de Asia: _____
- Otras Islas Pacíficas: _____
- Otra Raza: _____
- Samoano
- Vietnamita
- Blanco

2. ¿Es ud hispano/Latino?

- No, Otro Hispano/ Latino Español
- Si, Mexicano/México Am./ Chicano
- Si, Puertorriqueño
- Si, Cubano
- Si, Otro Hispano/ Latino Español - Especifique: _____

Información sobre el seguro Medicaid/Hoosier Health Wise

de ID: _____

Seguro Dental

Compañía: _____

de ID: _____

Subscriber #: _____

Medicare

de ID: _____

Otro Seguro

Compañía: _____

Policy # _____

¿El cliente fuma? (si tiene mas de 12 años)

- Actualmente fuma Fumó antes Nunca ha fumado

Información del padre o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Relación: _____
MM DD YYYY

Dirección: _____ Número de teléfono: (____) _____

¿A quién debemos contactar en caso de emergencia?

Nombre: _____ Número de teléfono: (____) _____

Reconocimiento de haber recibido el Aviso sobre Privacidad

Yo he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad. (Usted puede rehusarse a firmar este reconocimiento)

Firma del Paciente/Padre/Madre/ Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Autorización para Servicios

Por medio de la presente autorizo al Marion County Public Health Department para que examine, realice pruebas y ofrezca servicios al paciente mencionado con anterioridad. Los resultados de los análisis y tratamientos serán explicados como parte de la visita de hoy. Si necesitamos hacerle un seguimiento, o darle los resultados de algún examen, o recordarle alguna cita, le contactaremos por medio de un miembro del Departamento de Salud.

Firma del Paciente/Padre/Madre/ Tutor Legal: _____ Fecha: _____

HIPAA Refusal: Please complete if client refuses to sign the acknowledgement section. We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement Other (please specify) _____

Authorized Employee Name (Print) _____

Title (Print) _____

Employee Signature _____

Date _____



Programa de Prevención del Envenenamiento
por Plomo
3901 Meadows Dr.
Indianapolis, IN 46205
317-221-2155
marionhealth.org

CONSENTIMIENTO PARA EXAMINAR PLOMO SANGUÍNEO Y AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR FORMULARIO DE INFORMACIÓN

Información del Paciente

Letra de Imprenta

Nombre del Paciente _____
Primero Segundo Apellidos

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Prueba de Detección de Plomo en la Sangre

Entiendo que es necesario realizar un análisis de sangre porque el envenenamiento por plomo puede ocurrir sin síntomas. La detección requiere una muestra obtenida por punción capilar extrayendo sangre del dedo o intravenosa que se extrae sangre del brazo.

Si la punción capilar indica que el nivel sanguíneo de un niño es elevado, un representante del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo del Condado de Marion se pondrá en contacto conmigo para programar una prueba confirmatoria intravenosa.

Compartiendo Información

Entiendo que los resultados de mi prueba o la de mi hijo son información médica confidencial. Según la ley de Indiana, los resultados de una prueba de plomo en la sangre se compartirán con otras agencias públicas de manera confidencial. Las agencias se encargarán de proteger la privacidad. Compartir esta información ayudará, si se identifica el envenenamiento por plomo.

Entiendo que, el Código de Indiana 16-41 -39.4-3 requiere que el laboratorio que analiza la sangre informe el resultado de la prueba y toda la información demográfica al Departamento de Salud del Estado de Indiana (Siglas en inglés: ISDH)

Entiendo que los niños envenenados con plomo necesitan atención médica inmediata. Con el fin de proporcionar esta ayuda, ISDH compartirá esta información con otras agencias públicas que trabajan para prevenir y tratar el envenenamiento por plomo. tales como la Administración de Servicios Sociales y Familia (Siglas en inglés: FSSA), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Siglas en inglés: DHHS), el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Siglas en inglés: HUD) y otras agencias de vivienda a nivel local, estatal y federal.

Firma de Verificación

Al firmar a continuación estoy de acuerdo en que he leído, entiendo y autorizo compartir información con respecto al examen de detección de plomo en la sangre y los resultados de mi prueba o la de mi hijo.

Nombre del Paciente o Padre/Tutor Legal: _____
(Letra de Imprenta)

Firma del Paciente o Padre/Tutor Legal _____ Fecha: ____/____/____
Mes Día Año

Para Uso Exclusivo del Personal Autorizado

Investigador: _____ Fecha de la Prueba: ____/____/____
Mes Día Año

DIVULGACIÓN EXIGIDA O PERMITIDA DE ACUERDO CON LA LEY

No se necesita su permiso para lo siguiente:

1. De acuerdo con lo exigido por la ley: En ciertos casos, la HHC/el MCPHD divulgará su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales o las regulaciones. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI cuando una ley exija que reportemos información si se sospecha abuso, negligencia, violencia doméstica, información relacionada con presunta actividad delictiva o en respuesta a una orden de un tribunal u organismo, citación judicial, petición de pruebas u otro proceso legal. Aunque se solicite a la HHC/el MCPHD divulgar su PHI bajo cualquiera de estas circunstancias, la HHC/el MCPHD hará todo lo posible para disminuir el riesgo de divulgación de su PHI sin su autorización. La HHC/el MCPHD únicamente revelará la información mínima necesaria para atender esta solicitud. También tenemos la obligación de divulgar la PHI a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.

2. Actividades de salud pública: Podemos revelar su PHI cuando se nos solicite para recopilar información sobre una enfermedad o lesión, o para reportar estadísticas vitales a las autoridades de salud pública, tal como informar casos de tuberculosis, nacimientos o fallecimientos.

3. Actividades de supervisión de salud: Podemos divulgar su PHI a organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas legalmente, incluyendo auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias o medidas disciplinarias.

4. Divulgaciones para fines de policiales: Podemos divulgar su PHI a funcionarios policiales para los siguientes fines:

- Si se ha cometido un delito en una instalación de la HHC/el MCPHD;
- En respuesta a un mandato judicial o administrativo, orden o citación de un tribunal o juzgado superior.
- Para identificar o localizar a una persona desaparecida;
- Sobre una víctima real o supuesta de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener la autorización de esa persona;
- Para prevenir una amenaza o suceso grave o para advertir a la posible víctima o víctimas de la intención de hacerle(s) daño; o
- Para reportar una muerte si sospechamos que puede haber sido el resultado de actividades delictivas

5. Divulgación a los funcionarios forenses, médicos forenses y directores de funerarias: Podemos divulgar su PHI a un funcionario forense o médico forense para identificar a una persona fallecida y determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información médica a los directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus funciones.

6. Funciones especiales del gobierno: Podemos revelar la PHI de personal militar y excombatientes en ciertas situaciones; a las instituciones correccionales en ciertas situaciones y por motivos de seguridad o de inteligencia, tales como para la protección del Presidente.

7. Presos y personas bajo custodia: Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario policial, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional o al funcionario policial. La divulgación sería según fuese necesario: (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y la salud y la seguridad de otros; o (3) para protección y seguridad de la institución correccional.

Otros usos de la información médica

Otros usos y divulgaciones de la PHI, no cubiertos por este aviso o no requeridos por la ley, solo podrán realizarse mediante su permiso o autorización por escrito. Esto incluye pero no está limitado a; ciertos usos o divulgaciones de las notas de la psicoterapia y la venta o el uso de la PHI con fines de mercadeo. Si usted nos autoriza para usar o divulgar la información médica, puede anular ese permiso, por escrito, en cualquier momento al Oficial de privacidad. Si revoca su permiso, HHC/MCPHD no lo utilizará más adelante ni divulgará su información médica por las razones expuestas en su autorización escrita. La HHC/el MCPHD no podrá retraer información que haya sido utilizada, divulgada o retenida en nuestros archivos acerca de los servicios que le suministramos, antes de su solicitud por escrito.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Usted tiene los siguientes derechos sobre su PHI.

Todas las solicitudes deben ser por escrito.

1. Derecho de solicitar restricciones/ medios alternos de comunicación confidencial: Bajo ciertas circunstancias, tiene el derecho de solicitar, por escrito, que la HHC/el MCPHD restrinja el uso y divulgación de su PHI. Por ejemplo, puede solicitar a la HHC/el MCPHD que no revele su PHI a algún miembro específico de su familia.

Debe explicar: (a) qué información desea limitar; (b) si desea limitar el uso o la divulgación, o ambos; y (c) a quién desea que se le apliquen las limitaciones. Además, puede solicitar la restricción de divulgación de su plan de salud si pertenece a un ítem o servicio pagado en forma directa y total por usted y la HHC/el MCPHD debe aceptar la restricción solicitada.

HHC/MCPHD no está obligada a aprobar una restricción solicitada. Sin embargo, si HHC/MCPHD acepta, debemos cumplir con la restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. La restricción permanecerá en efecto por un año (1) a partir de la fecha en la cual tal restricción fue solicitada, a menos que se especifique de otra manera.

2. Derecho de acceso, inspección y copia: Con ciertas limitadas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copia de su PHI. Esto incluye, entre otros, los registros médicos, los informes de pruebas de laboratorio y la información de facturación. Para solicitar la inspección de copias de su PHI, debe rellenar un formulario de Autorización de divulgación de información de la HHC/el MCPHD. Si la HHC/el MCPHD mantiene registros de salud en formato electrónico, puede solicitar su PHI en formato electrónico. Su petición debe indicar específicamente cuál PHI necesita inspeccionar o copiar. Dirija la autorización a: Marion County Public Health Department, Attention Central Records Department, 3838 N. Rural Street, Room 250, Indianapolis, IN 46205-2930. Responderemos a su solicitud en el plazo de treinta (30) días. Si se aprueba su solicitud, la HHC/el MCPHD le solicitará el pago por concepto de los costos de copia y correo. Si se niega su solicitud, la HHC/el MCPHD le explicará por escrito las razones y le informará de cualquier derecho adicional que pueda tener.

3. Derecho de rectificación: Con algunas excepciones, usted también tiene el derecho de solicitarle a la HHC/MCPHD la rectificación de su historia médica si usted piensa que está incompleta o incorrecta. Usted tiene este derecho mientras la HHC/MCPHD mantenga su PHI. Para solicitar una rectificación, usted debe comunicarse por escrito con el sitio del servicio de entrega que corresponde utilizando el formulario de enmienda establecido por la HHC/el MCPHD. Su petición debe explicar la(s) rectificación(es) deseada(s) y la razón detallada para dicha(s) corrección(es). Si su petición es aprobada, la HHC/el MCPHD agregará la corrección apropiada e informará a quienes lo necesiten o requieran. Si la HHC/MCPHD niega su petición, HHC/MCPHD le explicará por escrito y le informará de algunos otros derechos que usted pueda tener. Si la HHC/el MCPHD niega la petición, le explicará por escrito las razones y le informará de cualquier derecho adicional que pueda tener.

4. Derecho a un informe sobre la cantidad de divulgaciones: Tiene derecho a solicitar a la HHC/el MCPHD un informe de las divulgaciones, el cual es una lista de las divulgaciones de su PHI por parte de la HHC/el MCPHD para fines diferentes de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Su solicitud puede abarcar divulgaciones que hayan ocurrido en los seis (6) años inmediatamente anteriores. Esta lista no incluirá las divulgaciones realizadas a las instituciones correccionales, policiales, de seguridad nacional u organismos de inteligencia.

Para pedir una relación de las divulgaciones realizadas, su solicitud debe efectuarla por escrito e indicar una fecha de comienzo y una fecha de terminación del periodo en cuestión. Responderemos a su solicitud en el plazo de sesenta (60) días.

5. Derechos con respecto a su seguro: Incluso si dispone de seguro, tiene el derecho de pagar mediante desembolso directo por los servicios que reciba y evitar que se envíe la información de tales servicios a su compañía de seguros. Asimismo, la información genética no puede ser usada por su compañía de seguros para las tarifas de primas ni las decisiones de cobertura sobre usted. La HHC/el MCPHD no compartirá los resultados de las pruebas genéticas con su compañía de seguros.

RESPONSABILIDADES DE LA HHC/EL MCPHD

La ley obliga a la HHC/el MCPHD a mantener la privacidad de su información médica protegida; notificarle rápidamente si ha ocurrido una violación de la PHI no protegida que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información; cumplir con los términos de esta Notificación o de cualquier Notificación que esté actualmente en vigencia y proporcionarle una copia de esta Notificación y de nuestros deberes legales.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

Aunque la HHC/el MCPHD se reserva el derecho de cambiar su Notificación de Procedimientos de Privacidad, la ley federal requiere que la HHC/el MCPHD le notifique los cambios efectuados en la Notificación. Una copia de nuestra Notificación sobre Procedimientos de Privacidad actual será colocada y estará disponible en el sitio web de la HHC/el MCPHD en www.hhcorp.org y en las oficinas principales de la HHC/el MCPHD en la Health and Hospital Corporation de Marion County, 3838 N. Rural Street, Indianapolis, IN 46205.

QUEJAS

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a la HHC/el MCPHD y a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante la HHC/el MCPHD, escriba a la dirección que aparece a continuación. Su queja deberá incluir una explicación detallada de la(s) razón(es) para presentarla. Para presentar una queja con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, envíe su queja por escrito a: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201.

Usted no será objeto de represalias ni se le penalizará por presentar una queja.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Para comunicarse con la HHC/el MCPHD por cualquier razón, envíe su correspondencia a:

HIPAA Privacy Officer
Health and Hospital Corporation of Marion County
3838 N. Rural Street, Suite 820, Indianapolis, IN 46205

La Corporación de Salud y Hospitales cumple con todas las leyes federales de derechos civiles y no discrimina en lo que respecta a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.



NOTIFICACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD REFERENTES A LA HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Vigencia: 17 de octubre de 2016

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA

La Corporación de Salud y Hospitales (Health & Hospital Corporation, HHC) / el Departamento de Salud Pública del Condado Marion (Marion County Public Health Department, MCPHD) protegerá la confidencialidad y la seguridad de la información médica que obtenga sobre usted como paciente. Su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) incluye cualquier información médica que le identifique individualmente como paciente.

LA NOTIFICACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD REFERENTES A LA HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE DESCRIBE:

1. Sus derechos relacionados con su información médica protegida, los cuales son:

- Usted tiene el derecho de mantener la confidencialidad de su PHI.
- Usted tiene el derecho, con algunas restricciones, de prohibir o restringir el uso de su PHI.
- Usted tiene el derecho, con algunas restricciones, de tener acceso, revisar y obtener copias de su PHI.
- Usted tiene el derecho a modificar su PHI mientras que la HHC/MCPHD la conserve en registro.
- Usted tiene el derecho de recibir un informe de la divulgación de su PHI.
- Usted tiene el derecho de pagar por los servicios no cubiertos y de los cuales no tiene Información alguna sobre si dichos pagos fueron enviados a su compañía de seguros.
- Usted tiene el derecho de presentar quejas, si considera que sus derechos de privacidad han sido violados.

2. Compromiso y promesa de HHC/MCPHD de proteger sus derechos:

- Su PHI estará resguardada de divulgación y/o utilización según lo definido por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Además, entrarán en vigor las restricciones específicas que usted solicite y que se hayan aprobado.

3. Cómo y cuándo puede la HHC/el MCPHD utilizar o divulgar su PHI:

- Para proporcionar, coordinar o administrar sus cuidados médicos a través de la HHC/el MCPHD u otros proveedores de cuidados, tales como médicos, enfermeras, hospitales, clínicas de salud ubicadas en las escuelas y otras instalaciones de salud involucrados en su atención médica.
- Para el pago de gastos por tratamiento, servicios y artículos que usted pudiera recibir.
- Para el uso explícito por parte de la HHC/el MCPHD o asociados de negocios en lo concerniente a las operaciones comerciales.
- Para divulgaciones específicas requeridas o permitidas legalmente. La HHC/el MCPHD únicamente revelará el mínimo necesario para cumplir con la solicitud.
- Para propósitos de investigación de salud.
- Para proporcionar su PHI a personas, autorizadas por usted, involucradas con su cuidado o con el pago del mismo.
- Para proporcionar su PHI a una institución correccional o funcionario del orden público si usted está bajo su custodia.
- Para proporcionar su PHI, hasta donde sea necesario, de acuerdo con el cumplimiento de las leyes de compensación de trabajadores y similares, que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

NOTIFICACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD REFERENTES A LA HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Vigencia: 17 de octubre de 2016

NUESTRA PROMESA REFERENTE A LA INFORMACIÓN MÉDICA:

La Corporación de Salud y Hospitales (Health and Hospital Corporation, HHC) / el Departamento de Salud Pública del Condado Marion (Marion County Public Health Department, MCPHD) tiene el compromiso de resguardar la confidencialidad de la Información médica protegida (protected health information, PHI) que la HHC/el MCPHD obtiene sobre usted. PHI significa cualquier información médica suya que le identifique individualmente, la cual se relacione con su tratamiento médico o pago por servicios pasados, presentes o futuros, o sobre la cual exista una base razonable para creer que esa información se pueda usar para identificarle. Esta Notificación le explica como la HHC/el MCPHD puede utilizar y revelar su PHI.

Además, esta Notificación sobre Procedimientos de Privacidad le informará de sus derechos y nuestros deberes con respecto a su PHI, así como la forma de presentarnos una queja si considera que la HHC/el MCPHD ha violado sus derechos de privacidad según su PHI.

¿QUIÉN ESTÁ OBLIGADO POR ESTA NOTIFICACIÓN?

Esta Notificación de Procedimientos de Privacidad describe los procedimientos de la HHC/el MCPHD así como también de los siguientes cuando se proporcionen tales servicios en las instalaciones de la HHC/el MCPHD:

- Cualquier profesional de atención médica autorizado para tener acceso o para crear información médica sobre usted en la HHC/el MCPHD;
- Todas las divisiones, departamentos y unidades de la HHC/el MCPHD;
- Todos los miembros de grupos de voluntarios a quienes les permitimos asistir mientras usted esté en las instalaciones de la HHC/el MCPHD;
- Todos los empleados, personal administrativo, contratistas, estudiantes, pasantes y otro personal que trabaje con la HHC/el MCPHD;
- Personal médico y profesionales de atención médica autorizados, y planes de práctica de la facultad organizados en nombre de la Escuela de Medicina, el Grupo de Cuidados Médicos de Atención Primaria, el Grupo de Cuidados Médicos de Atención Especializada, las Escuelas de Enfermería y Odontología de la Universidad de Indiana.
- Todos los profesionales proveedores de atención médica autorizados en nombre de Eskenazi Health Services, incluyendo Eskenazi Hospital, Midtown Mental Health Center, todos los centros comunitarios de salud y cualquier otro sitio en donde Eskenazi Health Services proporcione servicios.

Todas las entidades, sitios y ubicaciones antes mencionados, se han comprometido a cumplir los términos y condiciones de esta Notificación sobre Procedimientos de Privacidad. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir su PHI entre ellas y con la HHC/el MCPHD para efectos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica de la HHC/el MCPHD tal como se describe en esta Notificación de Procedimientos de Privacidad.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen diferentes formas en las cuales podemos utilizar y divulgar su PHI. Sin embargo, no todos los usos o divulgaciones están indicados; todas las formas en las que se nos permite utilizar y divulgar su PHI se encuentran dentro de una de estas categorías mencionadas a continuación:

1. Tratamiento: La HHC/el MCPHD puede utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar sus cuidados médicos y servicios relacionados ofrecidos por la HHC/el MCPHD y otros proveedores de cuidados de salud. La HHC/el MCPHD puede divulgar información médica acerca de usted a médicos, enfermeros, hospitales y otras instalaciones de salud que estén involucradas en su cuidado, y al personal de clínicas ubicadas en las escuelas u otro oficial en las escuelas involucrados en la coordinación del cuidado de niños o en la continuidad de atención de salud, cuando sea necesario. La HHC/MCPHD puede consultar con otros proveedores de cuidados de salud que le han atendido a usted, y como parte de la consulta compartir su PHI con ellos. Igualmente, la HHC/MCPHD puede referirlo a otro proveedor de cuidados de salud y como parte de tal referencia, compartir su información de salud con tal proveedor. Por ejemplo, la HHC/MCPHD puede concluir que usted necesita los servicios de un médico especializado. Cuando la HHC/MCPHD lo refiere a usted a tal médico, la HHC/MCPHD le proporcionará la información médica solicitada y considerada necesaria para su tratamiento por ese médico.

La HHC puede participar en varios Intercambios de Información de Salud (Health Information Exchanges, HIE) a nivel local, regional, estatal y/o federal para contar con cierta información de pacientes dispuesta electrónicamente a fin de poder notificarle a hospitales, médicos y otros participantes en el HIE, para propósitos de coordinación del tratamiento de cuidado de salud.

2. Pago: La HHC/el MCPHD puede utilizar y divulgar su PHI con el fin de recibir el pago por su tratamiento, servicios y artículos que se le proporcionen. Esto puede incluir facturarle a usted, a la compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, la HHC/el MCPHD puede verificar si usted recibió cierto(s): tratamiento(s). También, a la HHC/el MCPHD le pueden exigir que suministre detalles referentes a su(s) tratamiento(s) para determinar si sus beneficios cubren o pagan su(s) tratamiento(s). La HHC/el MCPHD puede trabajar con programas del gobierno tales como Medicaid o Medicare, y suministrarles información acerca de su condición médica para determinar si usted está amparado por ese programa. La HHC/el MCPHD también puede divulgar su PHI para obtener el pago de terceros que puedan ser responsables de ciertos costos. La HHC/el MCPHD también puede comunicarse con su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir, para obtener la aprobación previa de este.

3. Transacciones comerciales sobre la atención médica: La HHC/el MCPHD puede utilizar y divulgar información médica relativa a usted para sus propias operaciones financieras. La HHC/el MCPHD puede utilizar y revelar su PHI para evaluar y mantener la calidad de los servicios que se le prestan. La HHC/el MCPHD puede también utilizar su PHI para estudiar métodos para manejar más eficazmente nuestra organización y prestar servicios más eficientes en cuanto al costo para los clientes de la HHC/el MCPHD. Por ejemplo, la HHC/el MCPHD puede divulgar su PHI a organizaciones de auditoría externa para evaluar los servicios suministrados y asegurar el cumplimiento con los estándares más altos de la industria. Siempre que sea posible, utilizaremos la información médica que no lo identifique.

4. Servicios y beneficios relacionados con la salud: La HHC/el MCPHD puede utilizar y divulgar la información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, la HHC/el MCPHD puede tener un nuevo programa, tratamiento o clase alternativa, la cual podría beneficiarle. Puede escribir a su Funcionario para la privacidad de la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) al 3838 North Rural Street, Suite 820, Indianapolis, IN 46205, si no desea que se comuniquen con usted para este fin.

5. Actividades de servicio en la comunidad: La HHC/el MCPHD puede utilizar y divulgar su PHI en un esfuerzo de proporcionarle o referirle a actividades de servicio en la comunidad relacionados con la salud. Podemos divulgar su PHI a miembros de negocios o grupos voluntarios que le asisten para que reciba los servicios de la HHC/MCPHD. Usted debe escribir al Oficial de Privacidad listado en este aviso si no quiere ser contactado para lo concerniente a actividades de servicio en la comunidad.

6. Socios comerciales: Ciertos aspectos y componentes de nuestros servicios se realizan a través de contratos con personas u organizaciones externas, tales como médicos, empresas de servicios de copiado, instalaciones para el almacenaje de registros, etc. En algunas ocasiones puede ser necesario que proporcionemos cierta información de salud a una o más de estas personas u organizaciones externas quienes nos asisten en la prestación de servicios relacionados con la salud. En todos los casos, exigimos a estos asociados comerciales que resguarden adecuadamente la privacidad de su información. A los asociados comerciales también se les exige por ley que protejan su confidencialidad y privacidad y que firmen un contrato a tal efecto.

7. Investigación: Bajo ciertas circunstancias, la HHC/el MCPHD puede utilizar y divulgar su PHI con fines de investigación tales como proyectos de investigación que involucren a pacientes con problemas específicos de salud o con medicinas específicas. Por lo general, le pediremos su permiso específico si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección y otra PHI o estará involucrado con su atención médica. Cualquier investigación que se lleve a cabo sin su permiso expreso habrá sido autorizada por un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y el uso de información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con las del cliente para la privacidad de su información médica. También podemos revelar la PHI sobre un cliente a personas que se estén preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación.

8. Registro de la HHC/el MCPHD: La HHC/el MCPHD puede incluir su nombre, condición general (buena, favorable, grave o crítica, y su ubicación dentro de nuestras instalaciones, en el registro de la base de datos de la HHC/el MCPHD o en la hoja de ingreso. La HHC/el MCPHD puede divulgar esta información a personas que pregunten por usted indicando su nombre, a menos que usted haya informado con anticipación en el sitio/clínica que no desea que se mantenga ni divulgue esta información.

9. Personas involucradas en su atención: La HHC/el MCPHD puede utilizar y divulgar su PHI a un miembro de la familia, a otro familiar, a un amigo cercano, o a cualquier otra persona identificada y autorizada por usted, la PHI que sea relevante directamente en relación a su atención médica o al pago relacionado con el servicio médico. La HHC/el MCPHD también puede utilizar o divulgar información médica relacionada con usted para notificar a aquellas personas autorizadas, acerca de su ubicación, su condición general o su muerte. Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, la prohibición de que se divulgue su historia médica a ciertas personas que usted escoja, por ejemplo, un familiar, otro pariente o un amigo personal.

10. En casos de catástrofes: Podemos utilizar o divulgar su PHI a las entidades públicas o privadas autorizadas para asistir en casos de catástrofes o para notificar a familiares y amigos de su ubicación, condición o muerte en caso de una catástrofe.

11. Ley de indemnización laboral: La HHC/el MCPHD puede utilizar su PHI, hasta donde sea necesario, para cumplir con las leyes de indemnización laboral y similares, que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

12. Recaudación de fondos: La HHC puede comunicarse con usted a fin de recaudar dinero para la HHC y sus divisiones, a menos que usted nos informe por escrito que no le contactemos para este propósito. Usted puede escribir a nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA listado en este aviso, si no quiere ser contactado para participar en la recaudación de fondos.

13. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. La divulgación, no obstante, sería solo a la persona capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

14. Cómo la HHC se comunicará con usted: La HHC/el MCPHD se puede comunicar con usted por teléfono o por correo a su domicilio o lugar de trabajo con el fin de recordarle sus citas, el reabastecimiento de sus medicamentos recetados o para reprogramar las citas a las cuales no asistió o que fueron canceladas. La HHC/el MCPHD le dejará mensajes en su máquina contestadora o su correo de voz. Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, que la HHC/el MCPHD comunique su PHI solamente de cierta manera o a cierto lugar. Si fuese razonable, la HHC/el MCPHD cumplirá con su solicitud. Su solicitud deberá establecer específicamente cómo y dónde desea que le contacten.