First Flight Health Centers™

Alex Central 937-247-0304	Chambersburg 937-963-9505	Charles Drew 937-461-4336
Corwin Nixon 937-228-0990	East Dayton 937-528-6850	

Autorización para la divulgación de información

IMPORTANTE: es posible que se apliquen cargos por esta solicitud. Espere 5 días hábiles para el procesamiento. El formulario debe cumplir con la ley HIPPA y no se procesará si no es válido.

Por la presente, doy permiso para la divulgación o revisión de la siguiente información relacionada con mi atención médica.

Médico/Centro autorizado a **divulgar** información:

Nombre:_____

Dirección:_____

_____

Teléfono/Fax:_____

Médico/Centro/Persona autorizado a **recibir** información:

Nombre:_____

Dirección:_____

_____

Teléfono/Fax:_____

Para el propósito de: ☐ Personal/traslado de la atención (es posible que se apliquen cargos) ☐ Continuidad de la atención/tratamiento
☐ Reclamo al seguro Asunto legal (especifique)_____ ☐ Otro (especifique) _____

Nombre del paciente (incluido el nombre anterior): _____

Fecha de nacimiento:_____ Teléfono:_____

Dirección:_____ N.º de apto._____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Formato: ☐ Copia electronica ☐ Copia impresa
☐ Fax ☐ Retiro ☐ Correo ☐ Correo electrónico cifrado: _____

Información para la divulgación:

☐ **Médica:** **Fecha(s) de servicio:**_____
☐ Hoja de datos demográficos ☐ Notas de la historia clínica ☐ Informes de laboratorio ☐ Informes de la sala de emergencias
☐ Vacunas ☐ Consultas ☐ Informes de radiología ☐ Informes hospitalarios
☐ Registros de facturación ☐ Otro (especifique)_____

☐ **Odontológica:** **Fechas de servicio:** _____
☐ Informes de tratamientos ☐ Imágenes radiológicas ☐ Registros de facturación

☐ **Salud conductual:** **Fecha(s) de servicio:** _____
En la parte 2 del Título 42 del CFR, se prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros:
☐ Notas de psiquiatría ☐ Notas de psicoterapia
☐ Evaluación psiquiátrica ☐ Evaluación del diagnóstico de salud conductual
☐ Otra (especifique)_____

Firma:_____ (**DEBE** firmar para salud conductual)

Comprendo que esta información de salud puede incluir información relacionada con el VIH o información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de trastornos psiquiátricos y, al firmar debajo, autorizo la divulgación de esta información. Comprendo que la información que autorizo que una persona o entidad reciba puede volver a divulgarse a menos que se trate de información relacionada con tratamientos de trastornos por abuso de sustancias que están protegidos a través de la parte 2 del Título 42 del CFR que prohíbe su divulgación posterior. Comprendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar. Mi negativa a firmar no afectará mi posibilidad de recibir tratamiento. Comprendo que esta autorización puede retirarse en cualquier momento por escrito (consulte el Aviso de privacidad). Esta autorización estará en vigor durante sesenta (60) días después de que firme y escriba la fecha en el formulario de abajo, a menos que especifique una fecha de vencimiento anterior en el espacio proporcionado:_____

_____	_____	_____
(Fecha)	**(Firma del padre/tutor legal/representante)**	(Testigo)

Si la firma anterior no pertenece al paciente, escriba el nombre en letra de imprenta: _____
☐ Menor ☐ HCPOA ☐ Albacea ☐ Tutela ☐ Fallecido ☐ Otro (especifique)_____

SOLO para uso administrativo
Copia de la divulgación de información (ROI) entregada al paciente: ☐ SÍ ☐ NO Fecha en la que se completó:_____
Nota: _____

First Flight Health Centers™

ANTECEDENTES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento:_____ Sexo:_____ Nombre del médico:_____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____ ¿Están sus vacunas al día? ☐ Sí ☐ No

¿Está bajo la atención de un médico? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo? _____

¿Toma actualmente medicamentos/fármacos/pastillas? ☐ Sí ☐ No Haga una lista: _____

_____

¿Es alérgico (o ha tenido reacciones adversas) a alguno de los siguientes medicamentos?
☐ Penicilina ☐ Codeína Anestesia local ☐ Aspirina ☐ Ninguno
☐ Otro ☐ Otro antibiótico Describa: _____

¿Es sensible o alérgico al látex? (es decir, experimenta picazón, sarpullido o sibilancias después de usar guantes de látex o manipular un globo)
☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha tenido reacciones inusuales o sin explicación durante un procedimiento quirúrgico? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, explique: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Sí o No)

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Presión arterial anormal	☐	☐	Epilepsia	☐	☐	Osteoporosis
☐	☐	Alcoholismo	☐	☐	Desmayos	☐	☐	Sangrado prolongado
☐	☐	Anemia	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Implantes prostéticos
☐	☐	Anorexia	☐	☐	Deterioro auditivo	☐	☐	Atención psiquiátrica
☐	☐	Artritis/reumatismo	☐	☐	Enfermedad cardíaca/cirugía	☐	☐	Radioterapia
☐	☐	Válvula cardíaca artificial	☐	☐	Soplo cardíaco	☐	☐	Extirpación del bazo
☐	☐	Articulación artificial	☐	☐	Marcapasos cardíaco	☐	☐	Fiebre reumática
☐	☐	Asma	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	Cardiopatía reumática
☐	☐	Bulimia	☐	☐	Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C	☐	☐	Anemia de células falciformes
☐	☐	Cáncer	☐	☐	VIH positivo/SIDA	☐	☐	Problemas sinusales
☐	☐	Dependencia a sustancias químicas	☐	☐	Problemas renales	☐	☐	Accidente cerebrovascular
☐	☐	Quimioterapia	☐	☐	Discapacidad del aprendizaje	☐	☐	Problemas de tiroides
☐	☐	Enfermedad cardíaca congénita	☐	☐	Enfermedad hepática	☐	☐	Tuberculosis
☐	☐	Medicamento de cortisona	☐	☐	Enfermedad pulmonar	☐	☐	Tumores
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Prolapso de la válvula mitral	☐	☐	Úlceras
☐	☐	Drogas recreativas	☐	☐	Trastornos neurológicos	☐	☐	Enfermedad venérea
☐	☐	Enfisema	☐	☐	Trasplante de órganos	☐	☐	¿Tiene bruxismo o rechina los dientes?
☐	☐	¿Tiene trastorno de la articulación temporomandibular?				☐	☐	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?
☐	☐	¿Ha tenido sangrado prolongado después de las extracciones?						

¿Ha tenido otras enfermedades, hospitalizaciones u accidentes graves? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, explique: _____

¿Actualmente fuma o usa los siguientes productos de tabaco? ☐ Cigarrillos ☐ Cigarros ☐ Pipa ☐ Masticables ☐ Ninguno

¿Ha usado productos de tabaco en el pasado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo? _____

MUJERES: ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No

Paciente/Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación: _____

Dentista: _____ Fecha: _____

First Flight Health Centers™

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Para permitir que otra persona lleve a su hijo a una cita.

Debemos recibir el permiso de uno de los padres o del tutor legal de un niño **antes** de proporcionar tratamiento para una lesión o enfermedad que no ponga en peligro la vida. Este formulario le da permiso legal a nuestra oficina para tratar a su hijo en caso de que usted no pueda acompañarlo a su cita para el tratamiento. Si la persona que acompaña a su hijo (niñera, pariente, amigo) no presenta esta información, nos comunicaremos con uno de los padres o el tutor legal del niño antes de proporcionarle tratamiento.

Nombre del niño:_____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Le concedo a (*niñera, pariente, amigo*) **Nombre:** _____

N.º de teléfono: _____ permiso para autorizar el tratamiento y la colocación de vacunas apropiadas para la edad en _____.
escriba el nombre del centro de salud

Fecha de entrada en vigor _____
(*Fecha*)

☐ Solo por hoy

☐ Por un año a partir de la fecha de hoy

☐ Otro _____

Firma del padre, la madre o el tutor legal: _____

Fecha de hoy: _____

*** Este formulario firmado reemplaza a todos los formularios anteriores en vigor a partir de la fecha de firma de hoy ***

Información sobre el niño:

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Medicamentos especiales: _____

Otra información médica importante: _____

First Flight Health Centers™

FORMULARIO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE: complete todas las secciones

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido	Nombre	Inicial 2.º nombre	Apodo	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo al nacer

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN del paciente o la parte responsable	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono particular (_____)-_____-_____ Teléfono celular (_____)-_____-_____ Otro (_____)-_____-_____

FFHC tiene mi permiso para dejar mensajes en mis teléfonos de contacto/contestadora automática o teléfono celular relacionados con mis necesidades de atención médica. ___Sí ____No _____iniciales

Dirección de correo electrónico: **Prefiere no proporcionarla** ☐

PARTE RESPONSABLE (obligatorio para pacientes menores de 18 años o siempre que el garante no sea el paciente):

Apellido	Nombre	Inicial 2.º nombre	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación

INFORMACIÓN DEL SEGURO (presente TODAS las tarjetas del seguro del paciente y una identificación con fotografía al recepcionista):

Seguro principal	Titular de la póliza	Fecha de nacimiento	Vigencia	N.º de póliza	Relación
Seguro secundario	Titular de la póliza	Fecha de nacimiento	Vigencia	N.º de póliza	Relación

INFORMACIÓN PARA INFORMES ESTADÍSTICOS SOLAMENTE: Marque ✓ todas las opciones que correspondan AL PACIENTE:

Raza: __Blanco __Negro/Afroamericano __Asiático __Indio asiático __Indio americano/Nativo de Alaska __Nativo de Hawái/Islas del Pacífico __Chino __Filipino __Guameño/chamorro __Japonés __Coreano __Vietnamita __Samoano __Otro asiático __Más de una raza

Origen étnico: ¿Es usted latino/hispano? __SÍ __NO | __ Mexicano __ Mexicano-americano __ Chicano __ Cubano __ Puertorriqueño

Idioma de preferencia: __ Inglés __ Español __ Francés __ Alemán __ Ruso __ Lenguaje de señas __ Otro:_____

Estado civil: __ Soltero __Casado __Viudo __Separado legalmente __Divorciado __ En pareja doméstica __Otro:_____

Si es: __ Veterano __ Fumador | **Vivienda**: __Comparte su vivienda __Está en transición __Vive en un refugio __Vive en la calle

Ocupación: __Jubilado __Discapacitado __Desempleado __Estudiante __Prefiere no responder __Empleado (mencione a continuación a qué se dedica) Si es empleado, indíquenos a qué se dedica: _____

¿Qué **directivas anticipadas** tiene? __ Testamento vital __ Poder notarial duradero __ Ninguno __Prefiere no responder
Si la respuesta es afirmativa, especifique quién y su relación con usted _____

Tutor legal: __ Sí, Nombre_____ __ Ninguno

Apoderado para la atención médica: __ Sí, Nombre_____ __ Ninguno

Cuidador principal: __ Ninguno/Yo __ Sí En caso afirmativo, quién: _____ Relación: _____

Otorgo mi consentimiento al personal de FFHC para hablar sobre mi información médica con las siguientes personas:

Nombre	Relación	Número de teléfono

Comprendo que FFHC no analizará mi atención médica ni información de facturación con personas que no estén enumeradas arriba. Comprendo que este consentimiento sustituye a cualquier otro consentimiento que se haya firmado. Tengo derecho a revocar este consentimiento si notifico a FFHC por escrito, excepto en la medida que FFHC haya tomado acciones sobre la base de mi consentimiento. Comprendo que es mi responsabilidad proporcionar información completa y exacta en este formulario. Comprendo que, si no proporciono la información correcta, puedo ser responsable de los cargos totales por los servicios prestados.
Comprendo la Política de "no presentación" que se me proporcionó y acepto que es mi responsabilidad seguirla.

Nombre del paciente (en letra imprenta)	Firma del paciente/parte responsable	Fecha

First Flight Health Centers™

I. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

A. Yo, el abajo firmante, soy el paciente (o el representante debidamente autorizado del paciente) y, por la presente, doy mi consentimiento voluntario y

AUTORIZO LA ATENCIÓN, QUE INCLUYE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y TODOS LOS TRATAMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS O ACONSEJABLES A JUICIO DEL MÉDICO Y/O SUS ASISTENTES O PERSONAS DESIGNADAS.

B. Doy mi consentimiento para que se realicen pruebas de diagnóstico, incluida la extracción de sangre, en el caso de que un miembro del personal de First Flight Health Centers (FFHC) se exponga a cualquiera de mis fluidos corporales. Esto incluye pruebas del VIH/SIDA.

II. CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

A. Mediante esta divulgación por escrito, autorizo a FFHC a proporcionar información de la historia clínica del paciente a sus agentes o aseguradoras, compañía de seguros de compensación a los trabajadores, centro de atención médica, agencia de bienestar o cualquier proveedor de atención médica por motivos de asistencia financiera o continuidad de la atención médica.

B. No autorizo la divulgación de la siguiente información (enumere cualquier exclusión, por ejemplo, información relacionada con tratamientos de drogadicción o alcoholismo, tratamiento psiquiátrico, SIDA, afecciones relacionadas con el SIDA, pruebas de VIH o diagnóstico y tratamiento de VIH).

_____

C. Autorizo a FFHC a acceder a mis expedientes de medicamentos de la farmacia según sea necesario para proporcionar la continuidad de la atención.

III. CONSENTIMIENTO DE PRIVACIDAD HIPAA

A. Doy mi consentimiento para que First Flight Health Centers (FFHC) utilice y divulgue mi información de salud protegida para gestionar tratamientos, pagos o atención médica.

B. Comprendo y se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad, en el que se ofrece una descripción más completa de cómo mi información de salud protegida puede usarse o divulgarse. Comprendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Comprendo que FFHC se reserva el derecho de cambiar su aviso y sus prácticas de información y que puedo obtener una copia revisada del aviso si solicito una al centro de salud.

C. Comprendo que las llamadas a y de FFHC pueden ser grabadas por motivos de calidad y capacitación.

D. Participamos en uno o varios intercambios de información de salud. Sus proveedores de atención médica pueden usar esta red electrónica para acceder de forma segura a sus expedientes médicos y obtener una mejor visión de sus necesidades de salud. Nosotros y otros proveedores de atención médica podemos permitir el acceso a su información de salud a través del Intercambio de información de salud para tratamientos, pagos u otras operaciones de atención médica. Es un acuerdo voluntario. Usted puede optar por no participar en cualquier momento al notificarlo al Departamento de Historias Clínicas de FFHC.

IV. CONSENTIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS SERVICIOS DEL TÍTULO X

A. En caso de recibir servicios de Salud Reproductiva y Bienestar en FFHC, soy consciente de que dichos servicios se prestarán de forma que se garantice mi confidencialidad como cliente.

B. Entiendo que la información obtenida por el personal en relación con estos servicios no puede ser divulgada sin mi consentimiento documentado, excepto cuando lo exija la ley o sea necesario para prestar los servicios, con las debidas garantías de confidencialidad.

C. Entiendo que se me informará de cualquier posible divulgación de mi información confidencial de salud al titular de la póliza cuando este sea otra persona distinta de mí.

Mi firma, o la de mi representante autorizado, indica que he leído, comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores y que he proporcionado información exacta.

Nombre del paciente en letra de imprenta paciente	Fecha de la firma	Fecha de nacimiento del

Firma del paciente o representante legal o agente	Relación	Firma del testigo	Fecha

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente de First Flight Health Centers usted tiene los siguientes derechos:

- ❖ Ser tratado con respeto, compasión y consideración con respecto a la raza, el género o la capacidad de pago.
- ❖ Recibir atención de calidad.
- ❖ Recibir respuesta oportuna a solicitudes de servicios médicos.
- ❖ Saber el nombre y las calificaciones de los miembros del personal que prestan atención.
- ❖ Conservar la privacidad de su historia clínica y registros financieros.
- ❖ Tomar decisiones con respecto a su tratamiento médico, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- ❖ Solicitar una consulta.
- ❖ Ver y obtener una copia de su historia clínica.
- ❖ Solicitar información financiera relacionada con su cuenta.
- ❖ Designar a un tutor o un Poder notarial (Power of Attorney, POA) para que actúe en su nombre.
- ❖ Obtener servicios de un intérprete.

Como paciente de First Flight Health Centers, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- ❖ Mantener hábitos saludables.
- ❖ Ser respetuoso con todos los médicos, miembros del personal y personal de enfermería.
- ❖ Proporcionar información exacta y completa a su médico o enfermero.
- ❖ Dar una lista completa de todos los medicamentos que toma actualmente, incluida la dosis.
- ❖ Seguir todos los planes de tratamiento, incluido el uso correcto de los medicamentos con receta.
- ❖ Comunicarse con el centro médico para programar una cita cuando recoja el último resurtido de su receta.
- ❖ Llegar a todas las citas a tiempo y comunicarse con el consultorio al menos 24 horas si no puede llegar.
- ❖ Mantener todas las citas programadas para pruebas auxiliares o atenderse con un médico de consulta.
- ❖ Proporcionarnos información actualizada y exacta de su compañía de seguros.
- ❖ Notificar a su compañía de seguros si hay cambios en su proveedor de atención primaria.
- ❖ Proporcionarnos una copia de todas las tarjetas de seguro.
- ❖ Completar una solicitud de escala de tarifa variable y presentar documentación de los ingresos del grupo familiar.
- ❖ Avisarnos si hay cambios en su situación de ingresos en lo relacionado con su estado de escala variable.
- ❖ Hacer todos los copagos y pagar las tarifas nominales de la escala variable en el momento del servicio.
- ❖ Completar un formulario de registro del paciente, una solicitud de escala de tarifa variable y las firmas asociadas anualmente.
- ❖ Avisarnos si hay cambios en el seguro, la dirección, el número de teléfono o el estado civil.

Yo, como paciente de FIRST FLIGHT HEALTH CENTERS, acepto los derechos y las responsabilidades mencionados anteriormente.

_____ _____

Nombre del paciente Fecha

_____ _____

Firma del paciente o tutor legal (si el paciente es menor) Fecha

First Flight Health Centers™

LE DAMOS LA BIENVENIDA A NUESTRO CENTRO MÉDICO

Línea de programación: 937-461-6869, de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.

Utilice este número para programar todas sus citas. Además, utilícelo para cancelar o reprogramar citas.

First Flight Health Centers (FFHC) es una organización sin fines de lucro fundada en 2007 para mejorar el acceso a atención médica primaria asequible de alta calidad en la región. Actualmente operamos en seis lugares: Alex Central Health Center, Chambersburg Health Center, Charles Drew Health Center, Corwin Nixon Health Center y East Dayton Health Center.

Nuestra misión: mejorar vidas al ofrecer servicios de atención médica primaria y preventiva de calidad a aquellos que los necesitan, independientemente de su capacidad de pago.

Para asegurarse de que enviemos los cargos de sus servicios a la compañía de seguros correcta, le pedimos que presente su tarjeta de seguro e identificación con fotografía en cada visita. Si no está seguro qué tarjeta es la correcta, traiga todas sus tarjetas y los miembros del personal le ayudarán. **No aceptamos reclamos de la Oficina de compensación a los trabajadores.**

Se solicita a todos los pacientes que completen la solicitud de descuento de tarifa variable para ayudarnos a determinar si son elegibles para un descuento en las tarifas y para cumplir con nuestras pautas federales para el financiamiento.

En cada visita se le asignará un médico o miembro del personal de enfermería que será su proveedor primario. Es nuestro objetivo ser el Hogar médico centrado en el paciente (Patient Centered Medical Home, PCMH) para todas sus necesidades de atención médica; esto incluye sus necesidades de urgencia. Comuníquese con nosotros primero para sus necesidades de atención médica de urgencia cuando surjan. Si su proveedor asignado no está disponible, uno de nuestros proveedores puede ocuparse de sus necesidades de atención durante ese día. Para comunicarse con un proveedor después del horario de atención, llame al centro de llamadas y, en el mensaje, se le darán instrucciones para comunicarse con el proveedor de guardia.

En ocasiones, podemos tener estudiantes profesionales de la salud en nuestro centro médico que participen en su atención. Si prefiere que no participen estudiantes en su atención, comuníqueselo a un miembro de nuestro personal.

Los pacientes nuevos no pueden solicitar recetas de sustancias controladas en su primera visita y estos medicamentos no se repondrán regularmente por teléfono.

Nuestros proveedores de atención médica no prestan servicios de manejo del dolor crónico, pero pueden derivarlo a un proveedor de atención médica especializado en este tipo de problemas médicos.

Cuando llegue para su visita, dígale al asistente médico exactamente por qué necesita ver a un médico o miembro del personal de enfermaría y qué reposiciones de medicamentos necesita. Traiga todos los medicamentos que toma a su visita. Cuando llama para recibir resurtidos de medicamentos, todo el proceso puede demorar entre veinticuatro (24) y setenta y dos (72) horas para completarse.

Gracias por elegir FFHC. Esperamos convertirnos en su Hogar médico centrado el paciente.

First Flight Health Centers™

Aviso de prácticas de privacidad

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, ADEMÁS DE CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

First Flight Health Centers (FFHC) creará una historia clínica para usted. La historia clínica contiene información acerca de sus antecedentes médicos, las pruebas que se le han hecho, la atención que ha recibido y cómo respondió. También tenemos registros de facturación. La ley nos obliga a asegurarnos de que su información médica sea privada. También estamos obligados a darle este Aviso. Estamos obligados a decirle cómo usamos y compartimos su información médica; de forma verbal, escrita o electrónica, además de decirle cuáles son sus derechos. Le pediremos que firme para verificar que ha recibido una copia de este aviso.

1. Usos y divulgaciones de su información de salud

A. Situaciones en las que la información se puede compartir sin su consentimiento por escrito. Su consentimiento nos permite proporcionarle tratamiento. Además, esto nos permite compartir su información personal en algunas situaciones. Esta es una lista de situaciones en las que podemos compartir su información.

Propósitos de tratamiento

- Otras personas que necesitarían saber acerca de sus problemas de salud para asegurarse de que reciba atención completa y segura. Esto puede incluir otros médicos, personal de enfermería, estudiantes/residentes/internos de salud, hospitales, proveedores de equipos, etc.
  - Por ejemplo, si es ingresado en un hospital, podríamos compartir su información con ellos para ayudar con su atención.
  - Si es derivado a un especialista, podemos compartir parte de su información para ayudar a que reciba atención más completa.
- Cuando da su consentimiento, parte de la información se compartirá con amigos o familiares cercanos que ayudan con su atención. Si no es capaz de dar consentimiento, haremos lo que creamos que es mejor para usted.

Pago de la atención

- Esto nos permite obtener el pago por la atención que ha recibido.
  - Por ejemplo, la información se puede compartir con su compañía de seguros. Esto podría suceder después de que se le ha proporcionado atención. Podría suceder antes de recibir la atención si la compañía de seguros requiere aprobación previa.
- La información también se puede divulgar a alguien que ayuda a pagar su atención.

Operaciones de atención médica

- Mejorar la atención médica para nuestros pacientes:
  - Evaluar la atención que se le brindó y cómo respondió.
  - Ayudar a capacitar a médicos u otros trabajadores de atención médica.
  - Revisar y mejorar la atención que brindamos.
- Permitir que las agencias de supervisión de la salud se aseguren de que sigamos las reglas de programas, como Medicare y Medicaid.
- Llamar o enviarle recordatorios de citas.
- Informarle acerca de otros tratamientos y servicios a su disposición.
- Darle materiales de mercado durante una consulta en persona o cuando le hablamos sobre nuestros productos y servicios.
  - Usted puede elegir no recibir mercadeo o actividades de recaudación de fondos.
  - Usted debe darnos permiso por escrito para proporcionarle información de mercadeo a una empresa externa.

Salud pública

- Para ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades Esto podría incluir notificarle si ha estado expuesto a una enfermedad. Le notificaremos si usted puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
- En la mayoría de los casos, la información relacionada con pruebas o tratamientos del VIH o SIDA no se divulgará sin su permiso.
- Para informar reacciones (como una alergia) a medicamentos o problemas con productos. Para notificarle si hay retiros de productos del mercado.
- Para informar nacimientos, muertes, abuso o maltrato infantil y violencia doméstica.

Motivos legales

- Cuando estamos obligados por ley a informar a la policía, otras agencias del orden público o por citación judicial o jurado indagatorio.
  - Se tomarán medidas para informarle si existe una citación judicial si no la solicitó.
- Cuando debemos responder a una orden judicial o proceso legal.
- Denunciar ciertas lesiones, como heridas de bala, quemaduras o lesiones de los autores del delito.
- Denunciar muertes que creemos que pueden ser el resultado de conductas criminales.
- Denunciar sobre una víctima de un crimen si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona.
- Denunciar conductas criminales en nuestras instalaciones y, en circunstancias de emergencia, denunciar delitos.
- Ayudar a identificar o ubicar a un sospechoso, prófugo, testigo material o persona desaparecida.

Investigación

- Realizar proyectos de investigación: ayudar a encontrar pacientes con problemas de salud específicos.
- Estudiar la eficacia del tratamiento o medicamento que usted recibe.
- Todos los proyectos deben someterse a un proceso especial que protege la confidencialidad de su información médica.
  - La Junta directiva de FFHC debe aprobar todos los proyectos.

La información también se puede divulgar ante una de las siguientes situaciones:

- Programas de donantes, si dona o necesita un órgano, ojos o tejidos.
- Examinadores médicos o forenses para ayudar a identificar un cuerpo o determinar la causa de fallecimiento.
- Para ayudarles a los directores de funerarias a llevar a cabo sus obligaciones.
- Impedir o aminorar una amenaza grave para usted u otras personas.
- Si está en el ejército, según lo estipulado por las reglas militares.
- Si usted es un recluso:
  - A la institución correccional o agencia del orden público para que le proporcionen atención médica.
  - Proteger su salud y seguridad.
  - Proteger la salud y la seguridad de otras personas, incluida la institución correccional.
- Informar los hallazgos de un examen ordenado por un tribunal o respetar las leyes por razones de seguridad nacional.
- Usamos y compartimos la información según lo establecido en leyes adicionales no mencionadas arriba.

B. Situaciones en las que la información se puede compartir SOLO con su permiso por escrito. Cualquier situación no mencionada arriba requerirá su permiso. Usted debe firmar un formulario para el uso o la divulgación de su información de salud. Cierta información se considera altamente confidencial y, la mayoría de las veces, requiere un formulario firmado. La información altamente confidencial incluye notas de salud mental, pruebas o tratamiento para el VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles. Usted debe darnos permiso por escrito para divulgar su información con fines de mercadeo.

C. Situaciones en las que NO se compartirá su información. No se divulgarán los resultados de pruebas genéticas para fines de suscripción de seguros. No venderemos su información de salud por ningún motivo.

2. Sus derechos relacionados con su información de salud

A. Recibir o ver su información médica. Puede recibir una copia o consultar su información médica. Debe programar una cita para ver su expediente sin costo. Si desea recibir una copia, debe firmar un formulario de solicitud. Las copias están disponibles a través del departamento de historias clínicas o en la recepción. Puede recibir una copia electrónica o una copia impresa, según sus preferencias. Es posible que se apliquen cargos a estas solicitudes. En algunos casos, es posible que no le permitamos ver su historia clínica. Si esto sucede, le informaremos por qué y le explicaremos su derecho a que se revise la denegación.

B. Solicitar que se hagan cambios a su historia clínica. Si cree que su historia clínica es incorrecta o está incompleta, puede solicitar un cambio o una enmienda. Usted debe presentar su solicitud por escrito y dar un motivo en el que se explique por qué quiere que se haga el cambio. Haremos los cambios a menos que consideremos que la información que quería cambiar está completa y es exacta. Si nosotros no generamos la información, no podemos cambiarla.

C. Lista de la información compartida con terceros. Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica. Esto no incluye información divulgada para fines de tratamiento, pago u operación de las instalaciones. Tampoco incluirá divulgaciones que usted haya autorizado. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Esta solicitud deberá hacerse por un período específico de hasta seis años. Le daremos una 1 lista de justificación gratis por año.

D. Limitar el acceso a los expedientes del seguro. Usted tiene derecho a restringir que cierta información se envíe a su compañía de seguros. Puede restringir consultas, pruebas y procedimientos, entre otros, si usted los pagó por cuenta propia. Siempre y cuando no estemos obligados por ley a divulgar la información, no la enviaremos.

E. Restringir el uso o la divulgación de su historia clínica. Usted tiene derecho a solicitar que FFHC no utilice ni divulgue su información médica para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. No estamos obligados a cumplir con esta solicitud, pero haremos lo posible para garantizar su privacidad. Si aceptamos la solicitud, se cumplirá a menos que haya un motivo de emergencia por el que debamos compartir su información.

F. Enviarle información a una dirección diferente o contactarle por medios diferentes. Usted puede solicitar que enviemos información a una **dirección diferente que la que tenemos indicada como su domicilio.** No es necesario que nos proporcione un motivo para esta solicitud. No estamos obligados a cumplir con esta solicitud si no es razonable.

G. Retirar una autorización firmada. Usted tiene derecho a retirar cualquier autorización que haya firmado para la divulgación o el uso de su información médica. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Cumpliremos a partir de la fecha de retiro solicitada. No somos responsables por la información que se haya compartido antes de su retiro.

H. Recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitar recibir una copia impresa de este aviso en su centro de salud. Si desea ver este documento en formato electrónico, está publicado en nuestro sitio web en www.communityhealthdayton.org.

I. Presentar una queja. Usted tiene derecho a presentar una queja si cree que, por cualquier motivo, su privacidad ha sido vulnerada. Puede presentar una queja enviando una queja por escrito en la que se detalle cómo se ha vulnerado su privacidad. Las quejas se pueden presentar ante el funcionario de quejas de FFHC. También puede presentarla ante la Secretaría del Departamento Salud y Servicios Humanos en su sitio web. Presentar una queja no cambiará el trato que recibe en nuestros centros de salud.

J. Notificación de vulneración de información. Usted tiene derecho a recibir notificación si hay existe alguna vulneración insegura de su información de salud.

3. Aplicabilidad, cambios a este aviso, información de contacto y fecha de entrada en vigencia

Este aviso se aplica a toda la información médica que conserva FFHC, ya sea información que generamos o que recibimos de otra parte. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso. Sus derechos privacidad pueden cambiar si las leyes cambian. Cuando esto suceda, cambiaremos el Aviso y lo publicaremos donde pueda leerlo. El nuevo aviso se utilizará para toda la información que tenemos sobre usted. Debemos respetar los términos del Aviso en vigor actualmente. Si no desea recibir una copia del aviso en vigor, puede solicitarlo en su centro de salud o verlo electrónicamente en nuestro sitio web. Este Aviso de prácticas de privacidad está en vigor desde el 23 de septiembre de 2013. Si tiene preguntas relacionadas con este aviso, comuníquese con el funcionario de cumplimiento de nuestra compañía al (937) 586-9733, extensión 1037.

First Flight Health Centers™

Acuerdo de Facturación

Seguro Médico:

Comprendo que es mi responsabilidad como paciente entregar una copia de mi tarjeta de seguro a First Flight Health Centers (FFHC) en el momento en el que recibo el servicio. Autorizo el pago directamente a FFHC o a los médicos o sus personas designadas de los beneficios de servicios médicos aquí especificados y de otra forma pagaderos a mí, pero sin exceder los cargos regulares. Comprendo que soy responsable de todos los cargos hasta que las facturas se paguen en su totalidad y por el saldo de los cargos que el seguro no cubra. Si por alguna razón mi compañía de seguros (incluyendo Medicare) deniega el pago, autorizo a FFHC a actuar en mi nombre para apelar el pago.

*SOLAMENTE PARA PACIENTES DE MEDICARE - Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier persona, incluidos los médicos o sus personas designadas, que tenga información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o al programa Medicare toda la información necesaria para este reclamo o los relacionados con Medicare.

Pago por Cuenta Propia (no asegurado o subasegurado):

Comprendo que es mi responsabilidad completar una Solicitud para el descuento de tarifa variable y presentar mi comprobante de ingresos dentro de los 30 días de mi visita o seré responsable del 100 % de mi factura.

Saldos del Seguro/Copagos/Tarifas Nominales del Descuento de Tarifa Variable:

Soy consciente de que los saldos del seguro/copagos/tarifas nominales del Descuento de Tarifa Variable son mi responsabilidad. Puedo pagar con efectivo, cheque o tarjeta de crédito en la oficina, llamando al Departamento de Facturación al 937-586-9733 / opción 1, luego opción 2, en el Portal del Paciente o en el Portal Instamed (https://firstflighthealthcenters.org/pay-my-bill). *Si un pago por cheque es devuelto por falta de fondos, los gastos se añadirán a mi cuenta y seré responsable de pagarlos.

Teleconsultas y consultas de bienestar:

Entiendo que First Flight Health Centers proporciona teleconsultas con audio y/o video como un servicio adicional a los pacientes según lo determine la necesidad. Soy consciente de que son servicios facturables con un costo asociado similar al de una consulta en el consultorio. Entiendo que al venir a una consulta programada de bienestar/preventiva para el seguro, si se plantean nuevos problemas de salud o enfermedades a mi proveedor, es posible que mi consulta deje de facturarse como consulta de bienestar/preventiva y se facture como una consulta estándar en el consultorio. Soy consciente de que cualquier copago, coseguro, deducible o tarifa nominal de descuento aplicada para estas visitas será mi responsabilidad.

Estados de Cuenta:

Comprendo que solo recibiré 3 estados de cuenta de antes de que mi cuenta pueda ser enviada a una agencia de cobranza externa. También soy consciente de que si FFHC recibe correo devuelto porque no he proporcionado una dirección postal correcta/actualizada, es posible que me envíen a una agencia de cobros externa.

Acuerdos de pago:

Comprendo que, si hay un saldo adeudado, puedo incluirlo en un Plan de pago si me resulta imposible pagar el total. También comprendo que, si no establezco el plan de pago con FFHC o no cumplo con mis pagos programados, es posible que se me envíe a una agencia de cobranza externa. Los planes de pago pueden establecerse poniéndose en contacto con el Departamento de Facturación o en el Portal Instamed.

Cobranzas:

Comprendo que, si me envían a una agencia de cobranza externa dos (2) veces, se me puede dar de baja de la clínica y ya no podré recibir servicios en First Flight Health Centers.

Mi firma, o la de mi representante autorizado, indica que he leído, comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores y que he proporcionado información exacta.

_____	_____	_____
Firma del paciente o de los garantes	Relación	Fecha

_____	_____
Nombre del paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del paciente

First Flight Health Centers™

First Flight Health Centers es un centro de salud calificado a nivel federal. Estamos obligados a recopilar información de los ingresos de nuestra población de pacientes. Toda la información es confidencial y solo estamos obligados a informar las cifras, no los nombres de los pacientes. Le pediremos que actualice esta información anualmente.

El tamaño de la familia es el de los familiares directos que viven en su hogar y por la que usted es legalmente responsable, así como los niños por los que usted paga manutención y que no viven en su casa.

1. Marque el tamaño de su familia con un círculo.

2. Marque el ingreso <u>total del grupo familiar</u> con un círculo.

INGRESO TOTAL DEL GRUPO FAMILIAR (MARQUE SOLO UN MONTO CON UN CÍRCULO)

Tamaño de la familia	Ingreso = o por debajo de	Ingreso entre	Ingreso entre	Ingreso entre	Ingreso por encima de
1	$15,960	$15,961 - $21,227	$21,228 - $23,940	$23,941 - $31,920	$31,921
2	$21,640	$21,641 - $28,781	$28,782 - $32,460	$32,461 - $43,280	$43,281
3	$27,320	$27,321 - $36,336	$36,337 - $40,980	$40,981 - $54,640	$54,641
4	$33,000	$33,001 - $43,890	$43,891 - $49,500	$49,501 - $66,000	$66,001
5	$38,680	$38,681 - $51,444	$51,445 - $58,020	$58,021 - $77,360	$77,361
6	$44,360	$44,361 - $58,999	$59,000 - $66,540	$66,541 - $88,720	$88,721
7	$50,040	$50,041 - $66,553	$66,554 - $75,060	$75,061 - $100,080	$100,081
8	$55,720	$55,721 - $74,108	$74,109 - $83,580	$83,581 - $111,440	$111,441

Nombre del paciente en letra de imprenta:_____Fecha de nacimiento del paciente:_____

Firma del paciente/garante:_____Fecha de hoy:_____

FIRST FLIGHT HEALTH CENTERS
SOLICITUD PARA EL DESCUENTO DE LA ESCALA DE TARIFA VARIABLE

Nombre del paciente_____ Fecha de nacimiento_____

Nombre del solicitante (si no es el paciente)_____ Relación con el paciente_____

Calle_____ Ciudad_____ Estado_____

Código postal_____ Teléfono_____ Teléfono alternativo o celular_____

Proporcione la siguiente información para **todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar.** Para fines de asistencia, se define a la **familia inmediata** como el paciente, el cónyuge del paciente, y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptados) que viven en el hogar del paciente, o por los cuales usted es **legalmente responsable**.

Nombre	Relación con el paciente	INGRESO anual, mensual o semanal	Monto bruto

Cantidad total de personas en la familia_____ Cantidad total de niños por los cuales se paga manutención infantil, pero que no viven en el hogar_____

Documentación en caso de no recibir ingresos: Si usted declara $0 ingresos, explique a continuación cómo sobrevive sin ingresos.

_____

_____

_____

Mediante mi firma *a continuación* **doy fe de que tengo ingresos anuales de $0**

Firma del paciente_____ Testigo de FFHC_____

***Formas aceptables de prueba de ingresos (más recientes)*:** dos cheques/recibos de sueldo, declaración de impuestos reciente o W-2, carta de asistencia pública o seguridad social, manutención infantil, pensión alimenticia, desempleo, estados de cuenta bancarios, carta de certificación de asistencia médica o del Departamento de Servicios Sociales. (**Incluya TODOS los ingresos*)*)

Entiendo que debo actualizar esta información si mi situación cambia y que se debe completar una nueva solicitud de descuento al menos cada doce (12) meses. He recibido información en la que se explica el programa y entiendo y acepto cumplir los términos. Entiendo que, si soy un paciente de pago por cuenta propia, **soy responsable de pagar al menos $20 por cada visita médica o $40 por cada visita odontológica.** Si existe un saldo impago en mi cuenta después de aplicar mi porcentaje de descuento, acepto hacer acuerdos de pago y respetar los términos. Entiendo que, si no puedo realizar un pago en cualquier mes determinado, debo comunicarme con la oficina de facturación antes de la fecha de vencimiento para conversar sobre mi necesidad de modificar el acuerdo de pago.

Certificación: certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos indicados anteriormente son correctos**. Entiendo que se requiere documentación que respalde mi situación financiera antes de que se pueda aprobar mi descuento y que debo proporcionar información dentro de los 30 días o antes de mi próxima visita si es anterior.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Firma del paciente o garante Fecha de la firma

NO firme esta página si desea ser considerado para un descuento. La firma a continuación anulará el reverso de este formulario.

EXENCIÓN:

Elijo no completar la solicitud de tarifa variable en este momento. Estoy renunciando a mi derecho a cualquier descuento al cual podría tener derecho en otras circunstancias. Entiendo que seré responsable por el pago completo de todos los cargos en el momento del servicio.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Firma del paciente o garante	Fecha