Información de admisión del paciente

(Patient Intake Information)

Información general

Primernombre(s)delpaciente(Patient FirstName):		Apellidosdelpaciente(PatientLastName):	
Dirección Postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección Fisica:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado:	Fechadenacimiento(MM/DD/YYYY)(DOB):	Númerodeidentificacióndelpaciente(SSN):	
Correo electrónico:			
Teléfono De Casa:	De Trabajo:	De Celular:	

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

Contacto de emergencia: es alguien que no tiene el mismo número de teléfono que el paciente. Un "contacto de emergencia" es simplemente una persona a la que un proveedor de atención médica puede contactar en una situación de emergencia para transmitir información crítica sobre la salud del paciente.

Nombre:	Relación con el paciente:	De Celular:	De Trabajo:

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES

Mientras recibo atención en HOPE, es posible que mi equipo de atención deba comunicarse conmigo para coordinar mis necesidades de atención medica; que incluye brindar tratamiento, cobrar pagos y realizar operaciones de atención médica. Esto también incluye comunicaciones relacionadas con la atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, farmacia, psiquiatría, referencias y otras comunicaciones de mi(s) proveedor(es).

CONSENTIEMIENTO PARA LLAMADAS Y MENSAJES DE TEXTO: *Con mi consentimiento, HOPE puede llamar o enviar mensajes de texto a los números de teléfono que proporcione y puede dejar mensajes en mi correo de voz o con una persona en referencia a cualquier elemento que pueda ayudar al personal de HOPE a coordinar mi atención. Esto incluye llamadas relacionadas con recordatorios de cita, recordatorios de atención preventiva, preguntas sobre seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica.* Acepto recibir mensajes a través de un Sistema telefónico automático o de voz artificial o pregrabada. *Entiendo que otorgar este consentimiento no es un requisito ni una condición para recibir servicios en HOPE. También entiendo que, al rehusar el consentimiento, es posible que el personal de HOPE no pueda comunicare conmigo para notificarme información vital que pueda afectar mi salud. Entiendo y acepto los riesgos relacionados con el envío de información de salud protegida a través de mensajes de texto.* □ **Yo Consiento** □ **Yo No Consiento**

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACION POR CORREO: *Con mi consentimiento, HOPE puede enviar por correo a mi casa u otro lugar designado cualquier artículo que pueda ayudar al personal de HOPE a coordinar mi atención. Esto incluye elementos como recordatorios de citas y declaraciones de pacientes, siempre que estén marcados como CONFIDENCIAL, además de otras comunicaciones que cumplan con HIPPA.* □ **Yo Consiento** □ **Yo No Consiento**

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACION POR CORREO ELECTRONICO Y PORTAL: *Con mi consentimiento, HOPE puede enviar correos electrónicos amidirección decorreo electrónico designada con cualquier mensajequepuedaayudaralpersonalde HOPEallevaracabolacoordinación de mi atención. Entiendo y acepto los riesgos relacionados con el envío de información de salud protegida. Además, si elijo inscribirme en el portal del paciente, acepto comunicarme con mi proveedor y equipo de atención a través del portal, entendiendo que es un método seguro y eficiente de comunicaciónsobremiatenciónmédica.*

Nombre, ciudad y teléfono de la farmacia preferida:

Información demográfica requerida por FQHC

Es política de HFHbrindarigualdad de oportunidadessindistinción de raza, color, religión, origennacional, género, preferenciasexual, edado discapacidad

Raza: □Blanco □Asiático □Negro/Afroamericano □Nativo de Hawái □Isleño del Pacífico □Otro:

Etnicidad: □Hispano o Latino □No Hispano o Latino □Otro:

¿Eres un veterano? □ Sí □No **¿Está usted sin hogar**? □Sí □No

¿Trabaja usted en agricultura? □Trabajador migrante □Trabajador estacional □Ninguno **¿Es usted un refugiado/asilo?** □ Sí □ No

Idioma preferido:_____ **¿Necesita un intérprete?** □ Sí □ No

Orientación sexual: □Heterosexual □Bisexual □Lesbiana/Gay □Algo más □No sé □Elijo no revelar

Identidad de género: □Hombre □Mujer □Hombre transgénero (F ➔M) □Mujer transgénero (M➔F) □Elija no revelar

Información del seguro

¿Tiene actualmente seguro médico? □ Sí □No ¿Seguro dental? □ Sí □No ¿Seguro de salud conductual? □ Sí □No

Número de abonado: **Número de grupo:**

Información del titular de la póliza: Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Dirección Postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre de la persona responsable de los pagos:		**Relación:**	

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del tutor: _____

Derechos y Responsabilidades del Paciente y del Centro

Bienvenido a HOPE Family Health. Nuestro objetivo es restaurar la dignidad, fe, ESPERANZA y la salud en aquellos a quienes servimos haciéndolos socios en el proceso de curación y brindándoles un cuidado con amor y compasión. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. Nosotros también tenemos derechos y responsabilidades. Queremos que comprenda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a brindarle mejores servicios de atención médica. Por favor lea esta declaración y háganos cualquier pregunta que pueda tener.

Derechos Humanos: Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad independientemente de su raza, etnia, religión, sexo, origen nacional, orientación sexual, identidad de género, afiliación política o capacidad de pago de los servicios.

Pago por Servicios: Usted está obligado a completar el proceso de registro para determinar si es elegible para tarifas con descuento por los servicios. Usted está obligado a brindarnos información precisa sobre su estado financiero actual y cualquier cambio en su estado financiero a medida que ocurra. Necesitamos esta información para decidir cuanto cobrarle y/o facturar a su seguro privado, Medicaid, Medicare y/o identificar otros beneficios para los que pueda ser elegible. Usted tiene derecho a recibir explicaciones de su factura. Debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todas las tarifas acordadas para todos los servicios de HOPE, según lo dispuesto por nuestras pólizas. La ley federal nos prohíbe negarle los servicios de atención medica primaria, que son medicamente necesarios únicamente porque usted no puede pagar por estos servicios. Sin embargo, usted es responsable de sus tarifas y debe actuar de buena fe para hacer arreglos para el pago de los servicios recibidos.

Privacidad: Usted tiene derecho a tener sus entrevistas examines y tratamientos en privado. Sus registros médicos también son privados. Solo las personas legalmente autorizadas pueden ver sus registros, a menos que usted nos solicite por escrito que se los mostremos a otra persona. Se adjunta una discusión completa de sus derechos de privacidad en el "*Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente*." Al firmar este documento, usted indica que ha recibido este Aviso. El Aviso detalla los diversos derechos que se le otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

Cuidado de la Salud: Usted es responsable de brindarnos información completa y actualizada sobre su estado de salud, para que podamos brindarle la atención médica adecuada. Usted tiene derecho y se le anima a participar en las decisiones sobre su tratamiento. Usted tiene derecho a recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que comprenda. Usted tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, el plan de tratamiento (incluidos los riesgos) y el resultado esperado, si se conoce. Si no desea recibir esta información, o si no es medicamente recomendable compartir información con usted, se la proporcionaremos a una persona legalmente autorizada.

Usted tiene derecho a información sobre la Directiva Avanzada para la Atención. En este momento, ¿le gustaría recibir información sobre las Directivas Avanzadas. Si indico que sí, se le proporcionara información adicional. Si indico que no, puede solicitar esta información en otro momento. Usted es responsable del uso adecuado de nuestros servicios, lo que incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, programar y asistir a las citas programadas y solicitar una cita "sin cita previa" únicamente cuando este enfermo. Es posible que no podamos verlo a menos que tenga una cita. Si no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, infórmenos para que podamos ayudarlo. Si es mayor de edad, tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado de los riesgos de rechazar dicha atención. Usted es responsable del resultado al rechazar el tratamiento. Usted tiene derecho a atención medica u tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad. Usted tiene derecho a ser transferido o referido a otro centro para recibir servicios que no podemos brindarle. Sin embargo, HOPE Family Health no está obligado a pagar los servicios que reciba en otro lugar. *Nota*: HOPE Family Health no es un centro de emergencia. Sitiene dolor, tiene derecho a recibir la evaluación y el tratamiento adecuados, según sea necesario.

Reglas de HOPE Family Health: Al igual que con cualquier organización, HOPE Family Health tiene reglas para el uso de los servicios. Los pacientes son responsables de comprender las reglas y utilizar nuestros servicios de manera adecuada. No se puede abusar de la propiedad y los servicios de HOPE Family Health y se espera que todos los pacientes traten a nuestros empleados e instalaciones con respeto. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte. Los padres son responsables de la supervisión de los niños que traen consigo a HOPE. Usted es responsable de la seguridad de ellos, la protección de otros clientesy nuestra propiedad. Por favor, no deje a sus hijos desatendidos. Usted tiene la responsabilidad de asistir a sus citas programadas y comunicarse con nosotros al menos 24 horas antes de su cita si sabe que no asistirá a su cita. Las citas programadas perdidas causan retrasos en el tratamiento de otros pacientes. Si no asiste a las citas programadas dos (2) veces en tres (3) meses, se le notificará y advertirá. Después de su tercera cita perdida, solo podrá programar una cita con la autorización de su proveedor. Cuatro o más ausencias pueden dar lugar a la terminación de los servicios.

Quejas: Si no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. Le diremos como presentar una queja. Los formularios Completados de Sugerencia/Queja del Cliente serán revisados por el director correspondiente. Recibirá una respuesta de HOPE por correo o por teléfono con respecto al resultado de su queja o sugerencia. Si no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, puede presentar una queja ante el director de operaciones de HOPE. En ningún momento su queja afectara la atención que tiene derecho a recibir.

Terminación: HOPE Family Health puede decidir dejar de tratarlo como paciente. Si dejamos de tratarlos como paciente, tiene derecho a una notificación previa que explique el motivo de la decisión y se le darán 30 días para intentar encontrar otros servicios de

salud. Después de la notificación de terminación, solo brindaremos atención de urgencia durante un periodo de 30 días mientras encuentra un nuevo proveedor. Podemos decidir dejar de tratarlo de inmediato y sin previo aviso si HOPE ha determinado que ha creado una amenaza para la seguridad física o emocional del personal y/u otros clientes. También tiene derecho a recibir una copia de la política de terminación de HOPE Family Health. Otras razones por las que podemos dejar de verlo incluyen, entre otras:
Incumplimiento de lasreglas de HOPE Family Health,
Omisión intencional de proporcionar información precisa sobre su salud,
Incumplimiento intencional del programa de atención medica como instrucciones sobre como tomar medicamentos, prácticas de salud personal o citas de seguimiento, según lo recomendado por su médico,
Crear una amenaza a la seguridad física o emocional del personal y/u otros clientes, y/o
Incumplimiento intencional de informar con precisión su estado financiero.
Si le hemos dado la notificación de terminación, tiene derecho a apelar la decisión ante la Junta Directiva de HOPE Family Health dentro de los 30 días de recibir la notificación.

_____ _____

Nombre impreso del paciente / tutor o poder notarial ***Firma del paciente/Tutor o Poder Notarial*** ***Fecha***

POLÍTICA FINANCIERA DE HOPE FAMILY HEALTH SERVICES

Gracias por elegir HOPE Family Health para satisfacer sus necesidades de atención médica. HOPE trabaja para mejorar el acceso a la atención primaria de salud en las zonas rurales del centro de Tennessee, centrándose en sus poblaciones más vulnerables. HOPE busca restaurar la dignidad, la fe, la ESPERANZA y la salud en nuestros pacientes, convirtiéndolos en socios en el proceso de curación. Nos complace brindarle a usted y a su familia servicios de atención médica. Como parte de la relación proveedor-paciente, deseamos establecer nuestras expectativas sobre su responsabilidad financiera como se describe en nuestra Política financiera. Es política de HOPE que todos los pacientes reciban una copia del paquete de políticas financieras de HOPE, para ayudar a los pacientes a comprender sus obligaciones financieras con HOPE.

Registro de pacientes Es política de HOPE mantener un sistema para el registro de pacientes y para recopilar, mantener y reportar datos de pacientes. Todos los pacientes deben completar o actualizar la información demográfica y de seguro del paciente con el personal de HOPE en cada visita, para garantizar la exactitud de los datos del paciente para los sistemas de comunicación de HOPE. Responsabilidades del paciente Su aceptación de los servicios implica que acepta la responsabilidad financiera para garantizar el pago total de nuestras tarifas ya descontadas. HOPE aplicará los pagos al saldo más antiguo de la cuenta. La oficina de finanzas de HOPE procesará todos los pagos de pacientes o seguros recibidos por correo. Cualquier paciente que no pueda realizar el pago completo debe presentar una Solicitud de plan de pago. HOPE atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Programa de descuento de escala móvil (SFSD) HOPE no negará los servicios de atención médica solicitados y no discriminará en la prestación de servicios a una persona que no pueda pagar los servicios o cuyos servicios sean pagados por Medicare, Medicaid, TennCare o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños ("SCHIP").). HOPE generalmente cobrará a las personas que reciben servicios de salud la tarifa habitual y habitual que prevalece en esta área. HOPE ofrece un programa de descuento de escala móvil (SFSD) a todas las personas y familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200 % de las pautas federales de pobreza actuales del DHHS. Para calificar para el SFSD, los pacientes deben traer a su primera visita la información requerida que verifique el tamaño y los ingresos de la familia. Un paciente que no tenga la información puede ser atendido en la primera visita como paciente de Categoría N, pero deberá pagar los cargos completos si no está certificado para su próxima visita. Los servicios médicos primarios, de salud conductual, de radiología, dentales por contrato y de laboratorio proporcionados a través de HOPE Family Health, así como cualquier deducible, son elegibles para el SFSD. Los copagos, cargos anteriores, suministros, cargos de laboratorios médicos y dentales externos y cualquier otro servicio externo NO son elegibles para un SFSD.

Reclamaciones de seguros Los pacientes asegurados deben completar y firmar formularios de seguro antes de consultar al proveedor. Debe presentar una tarjeta de seguro vigente en cada visita. Si usted o sus hijos no presentan una tarjeta de seguro vigente, usted será responsable del pago al momento de su visita. Si su seguro paga el reclamo, recibirá un reembolso de HOPE en una fecha posterior. Si su compañía de seguros no es una con la que participamos, usted es responsable del pago total. Los planes de seguro y Medicare consideran que algunos servicios "no están cubiertos", en cuyo caso usted es responsable del pago total. Según el Código de Tennessee 56-7-109, las aseguradoras deben pagar un reclamo presentado correctamente en papel dentro de los 30 días o dentro de los 21 días si se presenta correctamente en formato electrónico. Usted tiene la responsabil idad de proporcionar información a nuestra oficina para que se pueda presentar correctamente un reclamo. Si su compañía de seguros no ha pagado un reclamo en su nombre dentro de los 90 días debido a información que usted no proporcionó, el saldo se transferirá a su cuenta y usted será responsable del pago. Si recibimos el pago en una fecha posterior, HOPE le reembolsará. HOPE aplicará todos los pagos recibidos de terceros pagadores de seguros a los cargos específicos asociados con el paciente específico y la fecha del servicio.

Planes de pago Si un paciente tiene un saldo vencido y no puede pagar, HOPE revisará la cuenta y ofrecerá un plan de pago en

el entendimiento de que el personal de facturación y cobranza realizará un seguimiento de la cuenta. Por lo general, el pago mínimo permitido es $25, pero si un paciente cae al 100% o menos del nivel federal de pobreza, el plan de pago puede ofrecer una cantidad menor, como $5 o $10, para evitar una barrera financiera a la atención.

Descuentos disponibles Como es política de HOPE alentar a los pacientes a pagar los saldos antiguos adeudados, HOPE ofrece un descuento para el pago de los montos adeudados si se paga en su totalidad en una visita al consultorio o comunicándose con la compañía de facturación. Para todos los servicios HOPE, el descuento es del 25 % sobre el saldo anterior adeudado. HOPE ofrece descuentos para servicios esenciales según el tamaño y los ingresos de la familia. Puede solicitar un descuento en la recepción. Como cortesía, le proporcionamos este plan de pago. Sin embargo, usted es en última instancia responsable del pago de su factura.

Cobros y negativa a pagar HOPE hará todo lo posible para cobrar todo el dinero adeudado por los servicios prestados a los pacientes ofreciendo planes de pago, así como descuentos en efectivo para pagos de cuentas con atrasos significativos. A los pacientes que califican para la escala móvil de tarifas se les establece un nivel de pago basado en su capacidad para pagar los servicios. En el proceso de cobranza, como en todos los demás aspectos de las operaciones de HOPE, los pacientes serán tratados con dignidad y respeto. HOPE hará todos los intentos razonables para cobrar las cuentas vencidas utilizando un procedimiento consistente con todos los tipos de pacientes. Los pacientes pueden ser despedidos de los servicios de HOPE por negarse a pagar las tarifas. La negativa a pagar se define como 1) un paciente que expresa verbalmente su falta de voluntad de pagar; 2) un paciente que no comunica a HOPE incluso después de que el personal de HOPE haya intentado llamar, enviar estados de cuenta por correo y conversaciones en persona sobre el saldo de su cuenta; 3) un paciente que muestra un incumplimiento constante de la política de escala móvil de tarifas y/o de los planes de pago mensuales; o 4) un paciente con seguro comercial que se niega o no está dispuesto a pagar su copago, deducible o coseguro y que tiene la capacidad de pagar. Sin embargo, HOPE no negará atención a sus pacientes debido a su incapacidad de pago.

Aviso anticipado al beneficiario (ABN) Es política de HOPE, antes del tratamiento, informar a los pacientes sobre todos los servicios no cubiertos de Medicare y la responsabilidad del paciente por el pago de esos servicios, y obtener documentación de la aceptación del paciente de la responsabilidad financiera por esos servicios.

Cheques devueltos y posfechados Los cheques devueltos por falta de fondos (NSF) se entregarán al Departamento de Finanzas de HOPE. HOPE no acepta ni cancela automáticamente cheques previamente depositados en cuentas de pacientes y devueltos por motivos NSF. Dos cheques NSF recibidos del mismo paciente o cuenta darán como resultado que el paciente sea colocado en un estado de "solo efectivo" para todas las visitas futuras. HOPE aceptará cheques posfechados como pago por los servicios de HOPE por hasta 5 días (estado de retención posfecha).

Copias de registros médicos Es política de HOPE Family Health establecer, mantener y proteger todos los registros médicos de cada paciente que se haya establecido en HOPE Family Health. La creación, destrucción, almacenamiento, acceso y mantenimiento de este registro deberán cumplir con HIPAA en todo momento, así como con todas las demás políticas del centro de salud y las leyes y regulaciones federales y estatales. Los pacientes pueden solicitar copias de sus registros médicos en cualquier momento. Normalmente, la primera solicitud de registros es gratuita; Las solicitudes posteriores incurrirán en una tarifa de $0,25 por página. Las primeras solicitudes que excedan las 10 páginas incurrirán en las mismas tarifas como resultado del costo y la carga que supone para HOPE cumplir con la solicitud.

Referencias Es política de HOPE Family Health seguir un procedimiento formal y estandarizado para establecer derivaciones a otros proveedores de atención médica, como especialistas y centros de diagnóstico, y para realizar un seguimiento posterior para garantizar que el paciente haya recibido la atención ordenada por el proveedor de HOPE. El personal de HOPE guiará a los pacientes a través del proceso de derivación, asegurándose en cada paso de que tengan todo lo que necesitan para completar el plan de atención si así lo desean. HOPE ha establecido relaciones con algunos proveedores especializados para ofrecer descuentos a los pacientes de HOPE; sin embargo, esto puede no ser aplicable a todos los proveedores remitentes. Los pacientes son financieramente responsables del costo de la atención brindada a través de referencias fuera de HOPE.

Menores y Dependientes Los padres y tutores son responsables de los pagos por los servicios que reciben sus dependientes en el momento en que se presta el servicio. El padre o tutor de menores y dependientes debe presentar una tarjeta de seguro válida en cada visita si se va a presentar un reclamo. Consulte el artículo Reclamos de seguro más arriba si no se presenta una tarjeta de seguro. Los menores y dependientes son elegibles para el programa de descuento de tarifa móvil HOPE según la elegibilidad del hogar. El paquete de política financiera se explicará a los pacientes al registrarse en HOPE. El personal responderá cualquier pregunta que los pacientes tengan sobre las políticas y los alentará a pagar el total en el momento de la visita.

Al firmar, entiendo y acuso recibo de la póliza.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del paciente/tutor: _____

Aviso de prácticas de privacidad

***Acuse de recibo del paciente: Al firmar este formulario**, reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HOPE. También entiendo que en cualquier momento durante la coordinación de mi atención en HOPE, puedo obtener una copia de este Aviso solicitándola a cualquier miembro de mi equipo de atención de HOPE.*

***Al firmar este formulario**, reconozco que entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad de HOPE proporciona información sobre cómo el centro de salud y mi equipo de atención pueden usar y divulgar mi información de salud protegida mientras realizan tareas relacionadas con la coordinación de mi atención, que pueden incluir proporcionar tratamiento, cobrar pagos y realizar operaciones de atención médica.*

Aviso a los Pacientes sobre los Requisitos Federales de Confidencialidad según el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2

***Confirmación de Recibo del Paciente: Al firmar este formulario**, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso a los Pacientes de HOPE sobre los Requisitos Federales de Confidencialidad según el Título 42 del CFR, Parte 2, de HOPE Family Health Services. También entiendo que, en cualquier momento durante la coordinación de mi atención en HOPE, puedo obtener una copia de este aviso solicitándola a cualquier miembro de mi equipo de atención de HOPE.*

***Al firmar este formulario**, reconozco que entiendo que el Aviso a los Pacientes de HOPE sobre los Requisitos Federales de Confidencialidad según el Título 42 del CFR, Parte 2, de HOPE Family Health Services proporciona información sobre cómo se puede usar y divulgar su información médica; sus derechos con respecto a su información médica; y cómo presentar una queja sobre una violación de la privacidad o seguridad de su información médica, o de sus derechos con respecto a su información. Tiene derecho a una copia de este aviso (en formato impreso o electrónico) y a consultarlo con el Responsable de Privacidad de HOPE si tiene alguna pregunta.*

Aviso de no discriminación y disponibilidad de servicios de asistencia linguistica y ayudas y servicios auxiliares

***Acuse de recibo del paciente: Al firmar este formulario**, Reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de no discriminación de HOPE. También entiendo que en cualquier momento durante la coordinación de mi atención en HOPE, puedo obtener una copia de este Aviso solicitándola a cualquier miembro de mi equipo de atención de HOPE.*

***Al firmar este formulario**, reconozco que comprendo que el Aviso de HOPE que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad y la Declaración de no discriminación brindan información sobre la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares para personas con dominio limitado del inglés.*

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del paciente/tutor: _____

Consentimiento del historial de recetas

Hope Family Health está inscrita en un programa de recetas electrónicas. Este programa está destinado a ayudar a nuestros proveedores a comprender qué medicamentos están usando nuestros pacientes actualmente o han usado en el pasado para brindar la mejor atención posible. Al firmar este consentimiento, usted acepta que HOPE Family Health pueda solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o terceros pagadores de beneficios farmacéuticos para fines de tratamiento. Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a HOPE Family Health para obtener mi historial de recetas.

Política de citas y no presentación

HOPE se compromete a brindar atención médica inmediata a todos nuestros pacientes. Entendemos que surgen situaciones en las que los pacientes deben cancelar sus citas. Se solicita que los pacientes que deban cancelar sus citas proporcionen un aviso mínimo de 24 horas. Esto permitirá programar a otro paciente que está esperando una cita en ese horario. Con cancelaciones realizadas en menos de 24 horas, generalmente no podemos ofrecer ese horario de cita a otros pacientes que deseen ser atendidos. Los pacientes que no se presenten o llamen para cancelar su cita se considerarán NO PRESENTACIÓN.

UNA NO PRESENTACIÓN es cuando un paciente no asiste a una cita programada o llega más de 15 minutos tarde. Se recomienda a los pacientes que lleguen 30 minutos antes de su cita programada para tener tiempo para estacionarse, registrarse y realizar los trámites necesarios. Si el paciente se retrasa y no puede programar una cita a tiempo, el paciente debe llamar para informarnos de la situación y proporcionar una hora estimada de llegada. Cualquier retraso significativo puede requerir que el paciente espere hasta la siguiente cita disponible, que puede ser con un proveedor diferente. Si no hay ninguno disponible, el paciente será reprogramado.

En caso de que un paciente tenga una circunstancia especial relacionada con una cita perdida, el paciente puede comunicarse con el gerente de la recepción. Entendemos que puede haber problemas fuera del control del paciente y queremos comprender las circunstancias especiales.Los pacientes que no se presenten dos veces en tres meses recibirán una carta de advertencia. Si un paciente no se presenta tres veces, se requerirá la autorización del proveedor para programar una cita. Si un paciente no se presenta cuatro veces, puede resultar en la terminación de los servicios. Al programar una cita, los pacientes adultos deben elegir entre una visita de bienestar o una visita de enfermedad, ya que ambas no pueden realizarse el mismo día, ya que es posible que el seguro de los pacientes a menudo no pagu e ambas. Sólo los pacientes pediátricos pueden tener ambos tipos de visita el mismo día.

Debido a la naturaleza actual de las prácticas médicas basadas en seguros, solicitamos que los pacientes limiten sus problemas médicos a 1 A 2 PROBLEMAS únicamente. Si el paciente tiene más problemas médicos que deben abordarse, el paciente debe informar a nuestro personal cuando llame para programar una cita. Nuestros proveedores pueden solicitar a los pacientes que regresen para visitas de seguimiento a fin de abordar inquietudes médicas adicionales. Las citas con varios miembros de la familia deben programarse con anticipación. Los familiares que estén presentes en el momento de la cita de otro miembro, pero que no estén programados, deberán programar una cita más adelante. Se pueden programar hasta 3 miembros de la familia a la vez.

He leído y recibido una copia de la Política de citas y no presentaciones de HOPE Family Health.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del paciente/tutor: _____

Consentimiento General del Paciente

Consentimiento para Tratamiento Por lo presente, voluntariamente doy mi consentimiento para todos los servicios de atención medica y de salud mente ordenados/proporcionados por los proveedores de HOPE Family Health Services en cualquier ubicación de servicio de HOPE. El servicio de salud puede incluir, sin limitación, evaluación física y mente de rutina; pruebas y procedimientos de diagnóstico y seguimiento; exámenes y tratamientos médicos, salud mente, y dentales; procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios de imágenes; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos prescritos por los proveedores de atención medica del centro. Los servicios de atención medica también pueden incluir el asesoramiento necesario para recibir los servicios apropiados, incluida la planificación familiar (como es definido por las leyes y reglamentos federales).

Entiendo que se me pedirá que firme un consentimiento informado por separado para cada vacuna que se administrara y que recibiré una "Declaración de Información sobre la Vacuna" (VIS) antes de la administración de cada vacuna. Entiendo que hay un formulario de consentimiento por separado que se me puede pedir que firme para la prueba de condiciones de infección.
Entiendo que, si este consentimiento se firma en nombre de un menor, es posible que deba firmar un formulario de consentimiento paterno por separado para que el menor reciba ciertos servicios.
Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y doy mi consentimiento sabiendo esto.
Entiendo que este consentimiento es válido y permanecerá vigente hasta que retire mi consentimiento, lo cual puede hacerse por escrito en cualquier momento, o hasta que HOPE cambie sus servicios o me solicite que complete un nuevo formulario de consentimiento. Entiendo que, si este consentimiento se firma en nombre de un menor, este consentimiento es válido hasta que el menor cumpla 18 años, momento en el cual el menor debe dar su consentimiento para los servicios en su propio nombre.
También entiendo que HOPE cumple con las leyes de consentimiento de menores maduros de Tennessee como se describe en 724 S.E.2d. 739 (Tenn, 1987)) y, como tal, entiendo que, para ciertos servicios, mi hijo(a) menor de edad puede dar su consentimiento por sí mismo si se considera lo suficientemente maduro.

Disposiciones de Consentimiento

Mi firma en este formulario indica que:

1. Certifico que he leído y comprendo completamente el consentimiento anterior y que los hechos indicados anteriormente son ciertos.
2. Me doy cuenta de que, aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos y efectos secundarios al mínimo, los riesgos, efectos secundarios y complicaciones puede ser impredecibles tanto en naturaleza como en gravedad.
3. Entiendo que los estudiantes proveedores pueden participar en el tratamiento y doy mi consentimiento para ello. HOPE Family Health fomenta y promueve el aprendizaje. HOPE fomenta las oportunidades educativas para los estudiantes y, como tal, suele ser un sitio docente para diversos programas educativos que incluyen enfermería, asistente médico, enfermera practicante, odontología, salud conductual y farmacia. Si no desea que un estudiante participe en su atención, infórmeselo a un miembro de su equipo de atención. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha sido notificado y comprende que es su responsabilidad notificar a su equipo de atención..
4. Entiendo que HOPE utiliza principalmente un modelo de proveedor de nivel medio donde la mayoría de los servicios y tratamientos médicos son administrados por asistentes médicos y enfermero(a)s practicantes y doy mi consentimiento para ello.
5. Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento informado por separado para ciertos tratamientos que lo requieran.
6. Por lo presente doy voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento en HOPE Family Health.

Nombre impreso del paciente **Fecha de nacimiento del paciente**

Firma del paciente, tutor o poder notarial **Fecha**

Consentimiento del Paciente para Comunicaciones y Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Para Servicios Médicos, Psiquiátricos, Dentales y de Farmacia

El individuo cuya firma aparece a continuación certifica las siguientes declaraciones: *Con mi consentimiento, mi equipo de HOPE Famiy Health puede usar y divulgar mi información de salud protegida(PHI), dentro de las disposiciones reglamentarias de HIPPA y la ley de atención medica de Tennessee. Entiendo que siempre tengo derecho a acceder y recibir una copia de Aviso de Practicas de Privacidad de HOPE para una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones, también entiendo que tengo derecho a editar este documento en cualquier momento solicitando un nuevo documento de mi equipo de atención HOPE.*

HOPE tiene mi consentimiento para divulgar mi información de salud a las siguientes personas (familiares, parientes o amigos) que pueden ayudar en mi atención:

Incluso si ha incluido a alguien en Contacto de emergencia en la sección anterior, esa persona aún deberá figurar aquí como alguien con quien podemos comunicarnos en detalle. Un "contacto de emergencia" es simplemente una persona a la que un proveedor de atención médica puede contactar en una situación de emergencia para transmitir información crítica sobre la salud del paciente, mientras que alguien con "derechos de comunicación para acceder a información de salud" tiene autorización legal para acceder y discutir registros médicos detallados sobre el paciente. Quien usted indique a continuació n tendrá derechos de comunicación para acceder a su información de salud hasta que se actualice este formulario.

Communicacion verbal puede ser compartida con los siguientes individuos:

Nombre:	Relación:	# celular:	Tipo de información a divulgar:
			Todo o limitado a:_____
			Todo o limitado a:_____
			Todo o limitado a:_____
			Todo o limitado a:_____
			Todo o limitado a:_____

Entiendo que tengo derecho a solicitar que HOPE restrinja la forma en que usa o divulga mi información de salud protegida y hará todo lo posible para cumplir con estas solicitudes.

Al firmar este formulario, doy mi pleno consentimiento a HOPE para usar y divulgar mi información de salud protegida dentro de los limites reglamentario s de HIPPA y la ley de atención medica de Tennessee, siempre que todo uso y divagación sea con el fin de coordinar mis necesidades de atención médica. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para el uso y la divulgación de comunicaciones e información en cualquier momento, excepto en la medida en que HOPE ya haya hecho la divulgación con mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, entiendo que mi salud puede verse afectada por la incapacidad del personal de HOPE para comunicarse conmigo para transmitir información importante y no responsabilizare a HOPE ni a su personal.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del paciente/tutor: _____

Formulario para la Divulgación de Registros Médicos (ROR)

Registros médicos incluyen todos los registros de atención médica, incluidos los registros de psicología. Esto excluye notas de psicoterapia. Solicitudes para notas de psicoterapia requieren consentimiento adicional.

1. Información del paciente (Patient Information)

Apellidos del paciente (Patient Last Name)	**Primer nombre(s) del paciente** (Patient First Name)
Número de identificación del paciente (SSN)	**Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)(DOB)**

Indique uno: ☐ **Soy el paciente llenando este formulario.** **O** ☐ **Tengo el derecho legal de actuar en nombre del paciente.** ***(Si no es el paciente indique uno a continuación:)***

Soy: ☐ **Padre/Madre** **O** ☐ **Tutor** **O** ☐ **Otro**

Si es otro, describa la relación con el paciente: _____

2. Health Care Facility (Centro de salud) ☐ Requesting Records (Solicitando registros) OR (O) ☐ Releasing Records (Divulgando registros)

Name of health facility requesting or releasing records (Nombre de centro de salud solicitando o divulgando registros)		**Phone Number (with area code)** (Número de teléfonoconcódigo de área)
HOPE FAMILY HEALTH		**615-644-2000**
Address (Dirección) **1124 HWY 52 East** OR **10427 HWY 52 West** **300 Steamplant Rd. Ste #210**	**City, State, and Zip Code** (cuidad, estado y código postal) **WESTMORELAND TN 37186** **Gallatin TN 37066**	**Fax Number (with area code)** (Numero de fax con código de área) **615-644-2078**

Al inicializar, autorizo que se publique lo siguiente además de los detalles específicos a continuación: Diagnosticos de Salud Mental, Laboratorios/ Procedimientos/Resultados de imagenes o estudios y lista de medicamentos. _____

By initialing, I authorize the following to be released in addition to the specifics: BH Diagnoses, Lab/Procedure/DI Results and Medication List

3. Health Care Facility (Centro de salud) ☐ Requesting Records (Solicitando registros) OR (O) ☐ Releasing Records (Divulgando registros)

PROVIDER NAME Nombre de proveedor	**DATE RANGE OF CARE** Periodo de atención	**DESCRIPTION OF HEALTH CARE INFORMATION** Descripción de la información de atención

Tenga en cuenta que esta AUTORIZACION puede incluir el historial de prescripción, tanto pasado como presente. Si corresponde, esta autorización también puede incluir información de salud sobre cualquier tratamiento de adicción, estado de enfermedad transmisible o historial de abuso.

Be advised that this AUTHORIZATION may include prescribing history, both past and present. If applicable, this authorization may also include health information about any addiction treatment, communicable disease status, or abuse history.

4. Why are you authorizing this RELEASE or REQUEST?

(¿Por qué está autorizando esta divulgación o solicitud?)

☐ ***Referral*** ***(Referencia)***
☐ ***Diagnostic Testing/Imaging*** **(Pruebas de diagnóstico/imágenes)**
☐ ***Other*** **(otro)**
☑ ***Continuity of Care*** ***(Continuidad de atención)***
☐ ***Personal Information Request*** ***(solicitud de datos personales)***

5. Periodo de Autorización/Authorization Period

Su autorización (otorgada al completar y firmar este formulario) vencerá un año a partir de la fecha en que se otorgó la autorización. Si desea revocar su permiso antes, debe notificar a HOPE por escrito. Si desea editar su autorización, puede solicitar un nuevo formulario en cualquier momento.
Your authorization (given by completing and signing this form) will expire one year from the date the authorization was given. If you wish to revoke your permission sooner, you must notify HOPE in writing. If you wish to edit your authorization, you may request a new form at any time.

6. Sus Derechos y Otra Información Importante/Your Rights and Other Important Information

a. Otorgar su autorización para DIVULGAR o SOLICITAR su información. No tiene que compartir su información de salud. Giving your authorization to RELEASE or REQUEST your health information is your choice. You do not have to share your health information.
b. No está obligado a dar esta autorización para recibir servicios en HOPE. Seguirá recibiendo todos los beneficios y tratamientos en HOPE que se le puedan proporcionar en la medida en que su proveedor de atención medica se sienta cómodo tomando decisiones sin esta autorización. You are not required to give this authorization in order to receive services at HOPE. You will still receive all the benefits and treatment at HOPE that can be provided to the extent your health care provider is comfortable with making decisions without this authorization.
c. Si elige revocar su consentimiento autorizado por este formulario, debe hacerlo notificando a HOPE por escrito. Debe expresarlo escribiendo a: HOPE Family Health | Attn: Health Records | 1124 New Hwy 52 E | Westmoreland | TN | 37186 If you choose to revoke your consent authorized by this form, you must do so by notifying HOPE in writing. You must express this by writing to: HOPE Family Health | Attn: Health Records | 1124 New Hwy 52 E | Westmoreland | TN | 37186
d. Si revoca esta autorización, tenga en cuenta que no retirara la información de salud que ya hemos compartido o recibido. Sin embargo, HOPE detendrá cualquier solicitud o divulgación adicional. If you revoke this authorization, be aware that it will not take back the health information we have already shared or received. HOPE will however stop any additional requests or disclosures.
e. Si compartimos su información de salud con las partes autorizadas que menciono anteriormente, HOPE no tiene la capacidad de garantizar que actúen de manera responsable dentro de los limites de las leyes estatales y federales de privacidad del paciente. If we share your health information with the authorized parties you named above, HOPE has no ability to ensure they act responsibly within the confines of state and federal patient privacy laws.
f. Si el paciente tiene un representante autorizado, se debe proporcionar prueba legal que demuestre que esta persona puede actuar en su nombre. Un representante es alguien que firma y toma decisiones en nombre de un paciente que legalmente no puede hacerlo en su propio nombre. If the patient has an authorized representative, legal proof must be provided showing this individual can act for you. A representative is someone who signs and makes decisions on behalf of a patient who may not legally do so on their own behalf.
g. Si el paciente tiene menos de 18 años, un padre o tuto debe firmar por el meno, a menos que el menor este buscando atención para servicios por los cuales el menor tiene permitido dar su consentimiento según TN 724 S.W.2d. 739 (Tenn. 1987). If the patient is less than 18 years old, a parent or guardian should sign for the minor unless the minor is seeking care for services by which the minor is allowed under TN 724 S.W.2d. 739 (Tenn. 1987)) to consent.

7. Autorización del Paciente/Patient's Authorization

Al completar y firmar este formulario, entiendo que doy mi autorización a HOPE Family Health para DIVULGAR o SOLICITAR mi información de salud para los propósitos y para las partes indicadas en este formulario. Entiendo que este formulario vence un año después de la fecha en que se otorgó la autorización. También entiendo que en cualquier momento puedo cambiar el contenido de este formulario solicitando un nuevo formulario o revocando mi permiso para que HOPE lo use notificando a HOPE por escrito.
By completing and signing this form, I understand that I give my authorization to HOPE Family Health to RELEASE or REQUEST my health information for the purposes and to/from the parties indicated on this form. I understand that this form expires one year fro m the date the authorization was given. I also understand that at anytime I may change the contents of this form by requesting a new form or by revoking my permission for HOPE to use it by notifying HOPE in writing.

Firmado por: _____
Firmadelpacienteotutorlegal*(ifpatientisundertheageof18)*/AuthorizedPatientRepresentative

Nombre del paciente: _____
Printed Name of Patient

Tutor legal: _____
Nombreimpresodetutorlegal*(Sielpacienteesmenorde18años)*/AuthorizedPatientRepresentative

Fecha de hoy: _____
Printed date this form was signed

HOPE
FAMILY HEALTH

SALUD MÉDICA, MENTAL, LABORATORIO Y INYECCIÓN, TARIFA DEL RADIÓLOGO
ESCALA DE DESCUENTO DE LAS TARIFAS
NIVEL FEDERAL DE POBREZA 2026

La "**Escala de descuento de las tarifas"** es un descuento de los cargos para los que no tienen seguro médico o que tienen seguro médico, pero tienen un deducible alto. También, es para aquellos cuyo seguro no cubre los servicios prestados. Sin importar si usted tiene seguro o no, usted todavía debe cumplir con los requisitos de ingresos.

Nombre Completo: _____Fecha de Nacimiento: _____Fecha de Hoy_____

Niveles de Tarifa	Tarifa Nominal	A	B	C	D	E
Nivel de Pobreza*	<=100%	101 - 125%	126 - 150%	151 - 175%	176 - 200%	>200%
Grupo 1 MD/BH	$40	$45	$55	$60	$70	Tarifa completa
Grupo 2 LAB & INJ	$10	75%	80%	85%	90%	Tarifa completa
Grupo 3 LAB Referral	$20	75%	80%	85%	90%	Tarifa completa
Radiólogo & Dietista	$15	$20	$25	$30	$35	Tarifa completa
Mamografía	$50	$60	$70	$80	$90	Tarifa completa
CCM, BH and TCM	$0	$0	$0	$0	$0	Tarifa completa
cuantos en la familia	**Tarifa Nominal**	**nivel A**	**nivel B**	**nivel C**	**nivel D**	**nivel E**
1	$0 $15,960	$15,961 $19,950	$19,951 $23,940	$23,941 $27,930	$27,931 $31,920	$ 31,921
2	$0 $21,640	$21,641 $27,050	$27,051 $32,460	$32,461 $37,870	$37,871 $43,280	$ 43,281
3	$0 $27,320	$27,321 $34,150	$34,151 $40,980	$40,981 $47,810	$47,811 $54,640	$ 54,641
4	$0 $33,000	$33,001 $41,250	$41,251 $49,500	$49,501 $57,750	$57,751 $66,000	$ 66,001
5	$0 $38,680	$38,681 $48,350	$48,351 $58,020	$58,021 $67,690	$67,691 $77,360	$ 77,361
6	$0 $44,360	$44,361 $55,450	$55,451 $66,540	$66,541 $77,630	$77,631 $88,720	$ 88,721
7	$0 $50,040	$55,041 $62,550	$62,551 $75,060	$75,061 $87,570	$87,571 $100,080	$ 100,081
8	$0 $55,720	$55,721 $69,650	$69,651 $83,580	$83,581 $97,510	$97,511 $111,440	$ 111,441
Por cada persona adicional, agregue	$5,680	$7,100	$8,520	$9,940	$11,360	

*Basado en Guías de Pobreza de 2026 MD = Salud Medica, BH = Salud Mental, LAB & INJ = Laboratorio & inyección

Categorias de servicio	Comentarios
Grupo 1 MD/BH	Tarifas de visitas al consultorio medico E & M, procedimientos mayores/menores y salud mental
Grupo 2 LAB & INJ	Tarifas de Lab oratono de diagnostico y de inyecciones.
Tarifa del radiólogo	Para los pacientes con escala de tarifas de descuentos inferior al nivel E, no se aplicará el cargo por los rayos x. Los pacientes serán responsables por la lectura de la radiografía (tarifa del radiólogo).

Para determinar el porcentaje de la factura que el paciente es responsable:

1. Haga coincidir el número de personas que viven en el hogar con la categoría "número en la familia" arriba.
2. Mover a través de la escala hasta que el ingreso anual se corresponde con la categoría de ingresos:
3. Busque en la parte superior de la columna a la tarifa de la lista. Esta es la cantidad que pagará por su visita al consultorio.
4. **RECUERDE-Todos los ingresos de la familia se va a incluir. El ingreso es la CANTIDAD OBTENIDA ANTES DE LOS IMPUESTOS.**

probado por la Junta: 28 de marzo de 2026 Fecha efectiva: 1 de marzo de 2026

Cómo utilizamos el soporte de decisión asistido por computadora en su cuidado

En Hope estamos probando un sistema de soporte de asistencia por computadora (tambien conocido como Inteligencia Artifical) para ayudar a los proveedores tener mejor registro de su cuidado medico y tambien brindar cuidado medico mas efficiente. Esto significa que sistemas de computadoras inteligentes ayudan al documentar las conversaciones que tiene con su proveedor.

Aun asi estos systemas de computadoras no haran decisiones finales sobre su salud. Nosotros seguimos el Principio Copilot, que significa que un doctor o proveedor con licencia siempre revisa y aprueba cualquier documentacion antes de hacer una decision sobre su cuidado medico.

Como decisiones de asistencia de computadora lo ayudaran a usted

Aqui hay algunas maneras en como estas herramientas asisten en su cuidado.

- Organizando sus registros medicos- Nuestro sistema ayuda a su proveedor organizer sus notas de su visita mas eficientemente y les da mas tiempo para escucharlo a usted y sus preocupaciones.

Su privacidad y seguridad es nuestra prioridad

Su informacion medica esta protegida y segura. Nosotros seguimos reglas de privacidad muy estrictas para mantener sus datos seguros al usar el soporte decisiones assistidas por computadoras.

- Seguimos todas las leyes de privacidad (como HIPPA) para proteger su informacion medica
- No vendemos sus datos
- Solo proveedores autorizados y personal medico puede usar su informacion de estos sistemas.

Sus derechos

Tiene el derecho a:

- Saber cuando el soporte de decisiones asistidas por computadora es usado en su cuidado
- Pedirle a su proveedor que revise cualquier recomendacion hecha por asistencia por computadora
- Decidir no usar decisiones asistidas por computadora (cuando sea possible)
- Preguntar como su informacion de salud es mantenida privada y Segura.

Si tiene alguan pregunta sobre como usamos estos sistemas o como su privacidad esta protegida, por favor pregunte con algun empleado o contactese con Kaleigh Chitwood, Directora de Operaciones.

Email: kaleighchitwood@hopefamilyhealth.org

Phone: 615-644-0664

Por favor firme abajo para seňalar su reconocimiento de la poliza. Su firma tambien confirma consentimiento para utilizer inteligencia artificial en su cuidado.

Nombre:

Firma:

Fecha y Hora:

Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente

(Notice of Patient Privacy Rights)

A NUESTROS CLIENTES: Este aviso le informa como se usa y divulga su información de salud y cuáles son sus derechos con respecto a su información. Por favor léalo cuidadosamente.

Este aviso se aplica a todos los registros de su atención creados por HOPE Family Health, ya sea que los haga el centro u otro proveedor relacionado con el centro. Nuestras pólizas para proteger su información de salud se aplican a proveedores médicos, proveedores y terapeutas de psicología, farmacéuticos, enfermeras y otro personal de atención medica que necesiten saber para brindarle atención. Estas pólizas se aplican a todas las áreas del centro, incluido todo el personal del centro, recepción, finanzas y administración. También se aplica a cualquier organización o persona con la que contactemos para obtener servicios, como proveedores de referencia.

Su Información de Salud Protegida. Como nuestro paciente, creamos registros médicos y documentos en papel y electrónicos relacionados con usted y su salud, así como la atención y los servicios que le brindamos. Necesitamos este registro para brindar la mejor atención y cumplir con ciertos requisitos legales. Estamos obligados por ley a:

- Asegurarnos de que su información de salud protegida se mantenga privada,
- Proporcionarle este Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente, y
- Asegurarnos de que la ley y sus derechos legales estén vigentes.
-

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Usted tiene derecho a:

Solicitar Comunicaciones Confidenciales de nosotros. No divulgaremos su información de salud excepto como se describe en este aviso. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted a una dirección o número de teléfono diferente. Puede pedirnos que limitemos la cantidad o el tipo de personas que tienen acceso a su información de salud. Si no desea que nos comuniquemos con usted a su dirección o número de teléfono actual, **DEBE INFORMARNOS.** Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, ATTN: Navigator, Medical Records.

Recibir Servicios Confidenciales de nosotros. Estamos obligados a proteger su privacidad mientras se encuentra en nuestros edificios. No podemos revelar a nadie si usted es o no cliente de HOPE, si tiene una cita o si se encuentra en nuestros edificios. Si usted espera a alguien que llame o venga a buscarlo, lo lleve o este con usted durante su cita, **DEBE INFORMARNOS**. **Necesitamos su permiso para divulgar esta información**.

Inspeccionar y Copiar su Información de Salud. Puede solicitar revisar y obtener una copia de su información de salud que el centro conserva mientras la tengamos. Si solicita revisar su información de salud, determinaremos si le permitimos revisar parte o toda la información de salud que solicita. Es posible que le cobremos una tarifa por cualquier copia que solicite. Po r favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, ATTN: Navigator, Medical Records.

Solicitar un límite a la información de salud que divulgamos. Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos su información de salud. Su solicitud debe describir los limites específicos que está solicitando. Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, Attn: Navigator, Medical Records.

Cambiar su información de salud si cree que esta incorrecta o no está completa. Puede solicitar que modifiquemos la información de salud que conserva el centro. Si aceptamos su solicitud de cambiar su información de salud, el cambio se convertirá en un documento permanente en su registro de atención médica. Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, Attn: Navigator, Medical Records.

Solicitar una lista de a quién y cuando hemos divulgado su información de salud. Puede solicitar una lista de divulgaciones de su información de salud que ha realizado el centro. Esta lista no incluirá divulgaciones de rutina de su información de salud para el tratamiento, pago u operaciones comerciales descritas en este aviso. Por favor haga esta solicitud por escrito a HOPE Family Health, Attn: Navigator, Medical Records.

Recibir una copia impresa de este aviso de nosotros. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

SU DERECHO A QUEJARSE

Quejas. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el centro o ante la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito y todas las quejas serán investigadas. Puede pedirle a cualquier miembro del personal que le entregue un formulario de queja.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA PERSONAL

Tratamiento. Usamos información sobre usted para brindarle tratamiento o servicios de atención medica ahora o en el futuro. Podemos, y muy probablemente lo haremos, divulgar su información a médicos, enfermeras y otro personal de atención medica que esté involucrado en su atención medica que esté involucrado en su atención.

Para Fines de Auditorias: Podemos divulgar su información para fines de auditoría de cualquier programa institucional, estatal o federal, según aplicable.

Pago. Podemos usar y divulgar información médica sobre los servicios y procedimientos que se le brindaron, de modo que puedan facturarse y cobrarse a usted, su compañía de seguros o una entidad de reembolso de terceros, como Compensación Laboral.

Usos Operativos (Comerciales). Podemos usar y divulgar su información de salud para operar el centro de manera eficiente y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban atención de calidad.

Recordatorios de Citas. Podemos usar y divulgar su información de salud para comunicarnos con usted y recordarle de citas o de atención medica que necesita recibir. Podemos enviar postales a su dirección postal o dejar un mensaje en el número de teléfono que nos haya proporcionado. Podemos dejar mensajes en su contestador automático o con amigos o familiares que contesten el teléfono. **SI NO DESEA QUE LO CONTACTEMOS DE ESTA MANERA, DEBE COMUNICARNOSLO.**

Requerido por la Ley. Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

Víctimas de Abuso Negligencia o Violencia Domestica. Podemos divulgar su información de salud a los refuerzos de la ley, los servicios sociales u otras agencias gubernamentales autorizadas para recibir el informe si tenemos razones para creer que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Compensación Laboral. Podemos divulgar su información si así lo exigen las leyes de compensación laboral y otras leyes y reglamentos similares.

Organizaciones de Emergencia. En una emergencia, podemos divulgar información sobre usted para ayuda en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición estado y ubicación.

Juicios y Disputas. Si esta involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación judicial, orden judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legar por parte de otra persona involucrada en la disputa. **Refuerzos de la Ley.** En respuesta a una orden judicial, citatorio, citación u otro proceso similar, podemos divulgar su información de salud a los oficiales de refuerzos de ley. Esto podría hacerse en un esfuerzo por ayudar a identificar o localizar a un sospechoso, testigo, o persona desaparecida. Esto también se puede hacer para compartir información sobre una víctima de un delito, una muerte que se cree que implica acciones delictivas, conducta delictiva en curso o delitos cometidos en las instalaciones del Centro. Esto también podría hacerse en situaciones de emergencia para reportar un delito o compartir detalles sobre un delito.

Para Prevenir una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad. Podemos usar y divulgar su información de salud a personas que necesitan saber cuándo sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud y seguridad de los demás**.** Si es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención y los trasplantes de órganos.

Problemas y Riesgos de Salud Pública. Podemos divulgar su información de salud según lo requiera la ley o por su autorización con respecto a ciertas condiciones de salud para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, nacimientos y muertes, abuso o negligencia de niños o ancianos, reacciones a medicamentos o productos, retiros de productos y aviso de exposición a una condición.

Investigaciones y Actividades Gubernamentales. Podemos divulgar su información de salud a un agencia local, estatal o federal para actividades de supervisión autorizadas por la ley que pueden estar relacionadas con inspecciones, otorgamiento de licencias, conducta ilegal o cumplimiento de otras leyes y reglamentos, incluidas las leyes de derechos civiles.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos divulgar su información de salud a un médico forense o examinador médico o directores de funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Militar y Seguridad Nacional. Si actualmente sirve en las fuerzas armadas o es un veterano, podemos divulgar su información de salud a las fuerzas armadas si así lo solicita. También podemos divulgar su información a funcionarios federales que realizan actividades de inteligencia y seguridad nacional.

Estudios. Podemos participar en estudios sobre el uso de ciertos protocolos de tratamiento que cuentan con la aprobación gubernamental y del centro correspondiente. En ese caso, aseguraríamos su consentimiento informado que identificara todos los aspectos de su participación, riesgos y beneficios y posible liberación.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Cambios a este Aviso. Reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Publicaremos una copia del aviso actual en el centro con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Puede solicitar una copia del aviso actual cada vez que visite el centre para recibir servicios o llamando al centro y solicitando que se le envíe el aviso actual por correo.

INFORMACION DE CONTACTO DE PRIVACIDAD

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea presentar una queja, comuníquese con la Oficial de Privacidad del centro:
Nombre: Kaleigh Chitwood
Dirección: 1124 New Highway 52 East Westmoreland, TN 37186
Teléfono: 615-644-0664
Correo Electrónico: kaleighchitwood@hopefamilyhealth.org

Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility Requirements and Nondiscrimination Statement:

La discriminación es ilegal

HOPE Family Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (coherente con el alcance de la discriminación por sexo descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)) HOPE Family Health no excluye a las personas ni las trata menos favorablemente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

HOPE Family Health:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayuda y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir:
    - Intérpretes calificados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Kaleigh Chitwood.

Si cree que HOPE Family Health no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Kaleigh Chitwood, Compliance and Risk Manager, 1124 New Hwy 52 E Westmoreland, TN 37186, 615-644-0664, 615-644-2078, kaleighchitwood@hopefamilyhealth.org. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Kaleigh Chitwood, Compliance and Risk Manager, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos (Estados Unidos) (DHHS)
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de HOPE Family Health: www.hopefamilyhealth.org