



Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Nombre de Preferencia: _____

Enumere cualquier nombre(s) diferente que ha usado, como un nombre de soltero(a): _____

Dirección: _____ Casilla Postal: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primario: _____ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐
(marque uno) → Teléfono Secundario: _____ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐
(marque uno) →

Dirección de Correo Electrónico: _____

Yo autorizo Lamprey Health Care para comunicarse conmigo mediante correo electrónico. ☐ Sí ☐ No

Género asignado al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separada/o ☐ Divorciada/o ☐ Viuda/o ☐ Pareja

Estado de Empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Retirado (Fecha): _____
☐ Incapacitado Nombre del Empleador: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono del Contacto Emergencia: _____ Relación: _____

Si el paciente es un niño, por favor complete esta sección.

Nombre del padre/tutor # 1: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____
Mes / Día / Año

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Nombre del padre/tutor # 2: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el Paciente: _____
Mes / Día / Año

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Información del seguro de salud

Por favor proporcione su(s) tarjeta(s) para que podamos hacer una copia.

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Nombre del Seguro: _____ # ID _____

Relación con el Paciente: _____

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: _____

Si no tiene seguro, y le preocupa que su cobertura no sea suficiente o le preocupe pagar copagos/servicios, por favor solicite hablar con alguien sobre nuestros programas de asistencia financiera.



Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento del Paciente:

Mes / Día / Año

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS

De manera continua, Yo solicito, consiento, y autorizo Lamprea Health Care, Inc. para realizar pruebas, diagnósticos y procedimientos terapéuticos y proporcionar cuidados generales y tratamiento determinados necesario y / u ordenado por los profesionales de la salud involucrados en mi cuidado. Esto incluye, pero no se limita a, el desempeño de exámenes físicos y rayos X u otros diagnósticos o procedimientos radiológicos, así como la toma de sangre, tejidos, fluidos u otras muestras corporales. También doy mi consentimiento y autorizo Lamprea Health Care para examinar, utilizar para los fines que fueron proporcionados, almacenar y disponer de cualquier sangre, tejidos, fluidos corporales o muestras de acuerdo con los requisitos legales y procedimientos habituales. Entiendo que puedo pedir a mis proveedores de salud acerca de mi atención, tratamiento y procedimientos en cualquier momento y yo soy alentado a hacerlo.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Lamprey Health Care aplica un método de equipo integrado para la coordinación de la atención primaria y salud conductual. Como un equipo integrado, todos los miembros del personal trabajan juntos, mejorando la comunicación entre los proveedores mediante el intercambio de decisiones y de informaciones usando un expediente médico, así como la responsabilidad colectiva por el plan de atención del paciente. Servicios de salud conductual están disponibles para todas las personas. Entiendo que profesionales de la salud en entrenamiento pueden estar implicados en mi atención y doy mi consentimiento para su participación en ella bajo la supervisión apropiada.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cobranzas y facturas asociadas con mi cuidado y tratamiento, excepto en la medida en que la totalidad o parte de estas cobranzas o cuentas son pagadas o cubiertas por un seguro de salud, un programa de salud pública (como Medicare o Medicaid), un programa de asistencia financiera, u otra parte responsable de su pago (los cuales son referidos como "tercero pagadores"). Autorizo Lamprey Health Care a someterse facturas o reclamaciones y la información relacionada con respecto a mi estado de salud, la atención, el tratamiento y los pagos realizados por mi cuidado y tratamiento a cualquier tercero pagador aplicable y sus socios de negocios. También autorizo a tal tercero pagadores para realizar pagos directos a Lamprey Health Care en respuesta a estas cobranzas o reclamaciones.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Lamprey Health Care mantiene registros electrónicos y en otras formas. Estos registros describen, entre otras cosas, mi estado de salud pasado y actual, incluyendo el diagnóstico de cualquier enfermedad y las condiciones, la naturaleza y los resultados de exámenes y pruebas, tratamientos proporcionados, y cualquier plan de cuidado o tratamiento. Además, estos registros incluyen información de facturas, social y otra información de identificación y pueden incluir información confidencial, como los resultados de prueba genéticas, estado de VIH / SIDA y el uso de drogas y alcohol (todos los cuales se conocen como mi "Información de Salud"). Doy mi consentimiento y autorizo Lamprey Health Care, cuando sea necesario para mi tratamiento, pago de mis facturas, o las operaciones comerciales de Lamprey Health Care, operaciones de atención médica, para liberar y intercambiar mi Información de salud con otros profesionales de la salud y organizaciones involucradas en mi cuidado y con socios de negocios que Lamprey Health Care ha contratado por las mismas razones. Entiendo que cualquier divulgación de esta información de salud puede ser usado o re-divulgado por el destinatario de los registros y, por lo tanto, ya no estará protegido por leyes federales de privacidad como 42 CFR Parte 2. Entiendo que al reusar dar mi consentimiento para que mis registros se divulguen con fines de pago puede resultar en que Lamprey Health Care se niegue a tratarme.

ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EFECTIVO HASTA QUE LO REVOQUE POR ESCRITO, LO CUAL PUEDO HACER EN CUALQUIER MOMENTO EXCEPTO EN LA MEDIDA EN QUE LAMPREY HEALTH CARE O CUALQUIER OTRO DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA A CONTINUACIÓN YA HAYA ACTUADO CONFIANDO EN ÉL

Firma:

(Paciente o Representante Autorizado)

Fecha:

Mes / Día / Año

Relación del Representante Autorizado:

(Por ejemplo: Padre, Guardián, o Agente de Cuidados de Salud)

SÓLO MEDICARE

Solicito el pago de beneficios autorizados por Medicare para mí o en mi nombre por cualquier servicio proporcionados por mí o por Lamprey Health Care. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo de información sobre mí para liberar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados. Si tiene Medicare, inicie sesión para confirmar que ha leído y comprende esta sección.

Firma:

(Paciente o Representante Autorizado)

Fecha:

Mes / Día / Año



Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Lamprey Health Caree recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. Devez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico de nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos.

Toda la información proporcionada es confidencial.

Gracias por su cooperación.

Raze: Seleccione máximo dos de las que mejor se apliquen en su caso.

- | | |
|-----------------|----------------------------------|
| Indio asiático | Otros Isleños del Pacífico |
| Chino | Guameño o Chamorro |
| Filipino | Samoano |
| Japonés | Negro / Afroamericano |
| Coreano | Indio americano/nativo de Alaska |
| Vietnamita | Blanco |
| Otro asiático | Más de una raza |
| Nativo hawaiano | Elige no revelar |

Etnia

- No hispano, latino, español
Mejicano
Puertoriqueno
Cubano
Otro origen hispano, latino, español.
Otro origen hispano, latino y español combinado

Orientación Sexual

- ¿Cuál es tu orientación sexual?
Derecho o Heterosexual
Lesbiana, Gay u Homosexual
Bisexual
Algo más
No sé
Prefie o no divulgar

Pronombre de Preferencia:

- Ella/Ella
Ella/Ellas
El/El
El/Ellos
Ellos/Ellos
Otro

Comunicación con usted

Si **No**

- ¿Es su primer idioma Inglés?
Si no, ¿cuál es su primer idioma?
¿Necesita un intérprete?
¿Tienes problemas auditivos?
¿Necesita de un intérprete de lenguaje de signos?

Arreglo de Vivienda

- | | |
|----------|--------------------------|
| Alquiler | Propietario de Casa |
| Albergue | Vivienda de Transición |
| Calle | Vive con relativo /amigo |
| Otro: | |

Identidad de Género

¿Cuál es tu identidad de género?

- ☐ Hombre
☐ Mujer
☐ Hombre Transexual de Mujer
☐ Mujer Transexual de Hombre
☐ Género raro o variante (no exclusivamente masculino o femenino)
☐ Categoría de género adicional u otro
☐ Prefie o no divulgar

¿Eres..... (Marque todos los que correspondan)

- ☐ Estudiante de tiempo completo
☐ Estudiante de medio tiempo
☐ Trabajador de Temporada
☐ Veterano
☐ Trabajador Migrante

¿Cómo se enteró de nosotros?

- ☐ Relativo/Amigo
☐ Hospital/Otro Proveedor
☐ Internet/Redes Sociales Noticias
☐ Evento de la Comunidad
☐ Agencia de Servicio Social
☐ Otro:



Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

Instrucciones de la cuadrilla de ingreso:

Paso 1: Mire abajo la columna A y busque la fila que coincide con el número de personas en su hogar, incluyendo los niños. Si hay más de 8 en su hogar, utilice la fila 8

Paso 2: Siga esa fila al otro lado hasta encontrar el nivel de ingresos que mejor coincide con la de su familia y márkela con un círculo.

Tamaño de la familia	De-A	De	A	De	A	De	A	Ariba
1	\$0- \$15,060	\$15,060.01	\$20,331.00	\$20,331.01	\$27,861.00	\$27,861.01	\$30,120.00	\$30,120.00
2	\$0- \$20,440	\$20,440.01	\$27,594.00	\$27,594.01	\$37,814.00	\$37,814.01	\$40,880.00	\$40,880.00
3	\$0- \$25,820	\$25,820.01	\$34,857.00	\$34,857.01	\$47,767.00	\$47,767.01	\$51,640.00	\$51,640.00
4	\$0- \$31,200	\$31,200.01	\$42,120.00	\$42,120.01	\$57,720.00	\$57,720.01	\$62,400.00	\$62,400.00
5	\$0- \$36,580	\$36,580.01	\$49,383.00	\$49,383.01	\$67,673.00	\$67,673.01	\$73,160.00	\$73,160.00
6	\$0- \$41,960	\$41,960.01	\$56,646.00	\$56,646.01	\$77,626.00	\$77,626.01	\$83,920.00	\$83,920.00
7	\$0- \$47,340	\$47,340.01	\$63,909.00	\$63,909.01	\$87,579.00	\$87,579.01	\$94,680.00	\$94,680.00
8+	\$0- \$52,720	\$52,720.01	\$71,172.00	\$71,172.01	\$97,532.00	\$97,532.01	\$105,440.00	\$105,440.00

☐ Marque aquí si su ingreso familiar es superior a los niveles mencionados.

Pautas de tarifas de descuento de Lamprey Health Care 2/1/2024

Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Lamprey Health Care recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. Devez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico d nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos.

Toda la información proporcionada es confidencial.

Gracias por su cooperación.

SÍGUENOS





DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

ACCESO A SERVICIOS Usted tiene el mismo derecho a la atención médica primaria, independientemente de su raza, color, religión, sexo, preferencia sexual, edad, nacionalidad, o su capacidad de pago. Se le garantiza la atención médica y de emergencia las 24 horas.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD Usted tiene derecho a su privacidad y confidencialidad personal, excepto en casos tales como sospecha de abuso y peligro para la salud pública y que se reporte como lo autoriza o lo exige la ley. Usted tiene derecho a aprobar o rechazar que divulguemos sus registros médicos a cualquiera persona, en la medida que la ley lo permita, o por un contrato con terceros. Se debe obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar cualquier registro médico a fuera de Lamprey Health Care.

INFORMACIÓN Usted recibirá información completa de su condición médica y su plan de tratamiento. Usted tiene derecho a ver y examinar sus expedientes médicos, a menos que esté médicamente contraindicado. Usted a su vez, tiene la responsabilidad de proveer información completa y precisa, pertinente a su estado de salud, estilo de vida y/o enfermedad actual.

CONSENTIMIENTO Salvo en casos de emergencia, cuando un paciente no pueda tomar decisiones sobre su atención médica y necesite tratamiento urgente, usted tiene derecho a la oportunidad de discutir y solicitar información relacionada con los procedimientos específicos y/o tratamientos, los riesgos involucrados, la posible duración de la recuperación, y las alternativas médicamente razonables, así como sus riesgos y beneficios asociados.

SEGURIDAD Usted tiene el derecho de esperar que las actividades y el ambiente de Lamprey Health Care sean seguros. Además, es responsable por sus pertenencias personales durante su estadía.

RESPECTO Y DIGNIDAD Usted será tratado con consideración, respeto, y reconocimiento pleno de su dignidad, individualidad, y necesidades culturales y/o espirituales, incluyendo la privacidad en el tratamiento y en el cuidado de sus necesidades personales. No se discriminará a ninguna persona por razón de raza, color, religión, sexo, preferencia sexual, edad, nacionalidad o condición financiera. A su vez, usted es responsable de mostrar el mismo respeto por nuestro personal y ser considerado en la manera como se comunica, cumpla con las citas programadas o notifique al centro cuando no pueda asistir a una cita.

PARTICIPACIÓN EN SU CUIDADO Usted tiene derecho a participar en el desarrollo de su plan de atención. Usted también tiene derecho a recibir información completa y actual sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en la medida que los profesionales médicos responsables de su cuidado conozcan.

OBSERVACIONES E INQUIETUDES Le animamos a expresar cualquier inquietud, queja o comentario sobre cualquier aspecto de su experiencia en nuestro centro. Esto puede hacerse personalmente, por teléfono o por escrito – a continuación la información. Puede estar seguro que cada inquietud, queja o comentario será examinado por un funcionario competente para darle un seguimiento oportuno y solucionar cualquier problema.

FACTURACIÓN Si resulta seleccionado para participar en nuestro programa de la escala de ingreso de Lamprey Health Care, que ofrece descuentos a los pacientes cuyo Nivel de Pobreza Federal está por debajo del 200%. Usted tiene derecho a solicitar y recibir un presupuesto de los cobros a razón de su consulta programada, así como los servicios y una cotización de su responsabilidad financiera por esa consulta. También es responsable de pagar los co-pagos y tarifas nominales en el momento de su visita.

ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD En caso que se presenten conflictos a la hora de tomar decisiones sobre su cuidado, usted, su familia y otros seres queridos tienen derecho a recibir una consulta sobre asuntos éticos con el personal correspondiente, incluyendo personal asistencial, médicos y otros.

DIRECTRICES ANTICIPADAS Usted tiene derecho a elaborar, examinar y modificar en cualquier momento, las Directrices Anticipadas (Testamento en Vida y Poder Legal Duradero) para fines de su cuidado médico. Usted tiene el derecho de esperar que Lamprey Health Care honre su decisión en las directrices en la medida permitida por la ley y las políticas de Lamprey Health Care.

ESTUDIO Cuando las actividades de investigación son aprobadas por la Junta Directiva, usted tiene derecho a aprobar o rechazar participar en cualquier estudio propuesto. Si elige tener en cuenta participar, el estudio le será explicado completamente, antes de firmar el formulario de consentimiento.

Comentarios Directos o Inquietudes A:

Centro de Nashua

Rosy Lopez, Gerente De La Clínica
22 Prospect St., Nashua, NH 03060
(603) 883-1626

Centro de Newmarket

Cheryl Mosley, Gerente De La Clínica
207 So. Main St., Newmarket, NH 03857 (603) 659-3106

Centro de Raymond

Tara Quirke, Gerente De La Clínica
128 Route 27
Raymond, NH 03077
(603) 895-3351



AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo detenidamente.

1. PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Proteger la privacidad del paciente es una prioridad en Lamprey Health Care (LHC). Seguimos estrictas directrices federales y estatales para mantener la confidencialidad de la información de salud protegida (PHI). La ley nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y cumplir con los términos de este Aviso u otro Aviso en vigor en el momento de uso de su información.

2. CÓMO UTILIZAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA

Cuando visita Lamprey Health Care, utilizamos su información de salud para tratarlo, obtener pago por los servicios y realizar operaciones comerciales normales conocidas como operaciones de atención médica. No necesitamos su permiso para compartir esta información. Ejemplos de cómo utilizamos su información incluyen:

- A. **Tratamiento:** Utilizamos y divulgamos PHI para proporcionar tratamiento y otros servicios, por ejemplo, para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad. Además, nosotros, o uno de nuestros Asociados Comerciales, podemos contactarlo para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento que pueden interesarle. Podemos divulgar PHI a otros proveedores involucrados en su tratamiento. También podemos usar y divulgar información de salud para comunicarnos con usted sobre recordatorios de citas y otros asuntos. Podemos contactarlo por correo, teléfono o correo electrónico. Podemos dejar mensajes de voz al número de teléfono que nos proporcione y podemos responder a su correo electrónico.
- B. **Pago:** Podemos usar y divulgar PHI para obtener pago por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, para el pago de su aseguradora de salud, o de otra empresa que cubre el costo de su atención médica.
- C. **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar PHI para nuestras operaciones de atención médica, que incluyen diversas actividades que mejoran la calidad y la efectividad de costos de la atención que le brindamos. Por ejemplo, podemos usar PHI para evaluar la calidad y competencia de nuestros médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. Podemos divulgar PHI a nuestros Directores de Sitio, Director Médico y/o Jefe de Servicios Clínicos para resolver quejas.

3. ASOCIADOS COMERCIALES

A veces podemos divulgar PHI a organizaciones o individuos que nos ayudan a realizar algunas operaciones de atención médica. Por ejemplo, tenemos un contrato de asociado comercial con nuestra empresa de almacenamiento de registros y para servicios de destrucción. Nuestros acuerdos con estos "Asociados Comerciales" garantizan la protección continua de la privacidad de esa información de salud protegida.

4. INFORMACIÓN QUE PODEMOS COMPARTIR SIN SU PERMISO ESCRITO

En casos limitados, estamos autorizados o requeridos a divulgar información de salud sin su permiso escrito. Estas situaciones se describen a continuación:

- A. **Divulgación a familiares, amigos cercanos y otros cuidadores:** Podemos usar o divulgar cierta PHI relevante a un familiar, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted cuando esté presente o disponible antes de la divulgación. Si usted se opone a tales usos o divulgaciones, notifíquenos al Equipo Médico o al Proveedor. Si usted no está presente, está incapacitado o en una circunstancia de emergencia, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si una divulgación es en su mejor interés. Si divulgamos información, solo compartiremos información directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o el pago relacionado con su atención médica. También podemos divulgar PHI para notificar (o ayudar a notificar) a tales personas sobre su ubicación, condición general o fallecimiento. Si se opone a tales usos o divulgaciones, notifíquenos al Oficial de Privacidad.

- B. Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar PHI para las siguientes actividades de salud pública: (1) informar información de salud a autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) informar sobre abuso y negligencia infantil a autoridades de salud pública autorizadas por la ley para recibir tales informes; (3) informar sobre productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.; (4) alertar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y (5) informar a su empleador según lo requerido por las leyes que abordan enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o la vigilancia médica en el lugar de trabajo.
- C. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** Si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar PHI a una autoridad gubernamental, incluyendo una agencia de servicios sociales o de protección, autorizada por la ley para recibir informes de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica.
- D. Actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar PHI a agencias gubernamentales de supervisión para actividades autorizadas por la ley, incluyendo, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.
- E. Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos divulgar PHI en el curso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden legal u otro proceso legal.
- F. Funcionarios de la ley:** Podemos divulgar PHI a la policía u otros funcionarios de la ley según lo requerido o permitido por la ley o en cumplimiento de una orden judicial o una citación de gran jurado o administrativa.
- G. Fallecidos:** Podemos divulgar PHI a un forense o médico forense o director de funerarias según lo autorizado por la ley.
- H. Obtención de órganos y tejidos:** Podemos divulgar PHI a organizaciones que facilitan la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- I. Investigación:** Podemos usar o divulgar PHI sin su consentimiento o autorización si un Comité de Revisión Institucional/Comité de Privacidad aprueba una exención de autorización para la divulgación.
- J. Salud o seguridad:** Podemos usar o divulgar PHI para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- K. Funciones gubernamentales especializadas:** Podemos usar o divulgar PHI a unidades del gobierno con funciones especiales, como el Ejército de EE. UU. o el Departamento de Estado de EE. UU., a agencias de Seguridad Nacional e Inteligencia y para servicios de protección del Presidente y otros.
- L. Compensación de trabajadores:** Podemos divulgar PHI según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares.
- M. Según lo requiera la ley:** Podemos usar y divulgar PHI cuando se requiera hacerlo por cualquier otra ley no ya mencionada en las categorías anteriores.
- N. Recaudación de fondos:** Podemos contactarlo para fines de recaudación de fondos; sin embargo, tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de comunicaciones.

5.USO Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU PERMISO ESCRITO

- A. Uso o divulgación con su autorización:** Para cualquier propósito diferente a los descritos en la Sección 4, solo usaremos o divulgaremos su PHI cuando nos dé su permiso por escrito. La divulgación de PHI para fines de marketing y la venta de PHI requieren su permiso por escrito.
- B. Usos y divulgaciones de su información altamente confidencial:** Las leyes federales y estatales requieren consentimiento especial para la divulgación de cierta información sensible sobre usted, incluyendo: tratamiento de abuso de drogas y alcohol, tratamiento psiquiátrico, pruebas de VIH/SIDA, pruebas de enfermedades de transmisión sexual y pruebas genéticas.

6.DERECHOS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

- A. Derecho a solicitar restricciones:** Tiene el derecho de pedir que limitemos cómo usamos o divulgamos su PHI. También puede tener el derecho de solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o el pago por su atención. Estamos obligados a aceptar su solicitud solo si: (1) excepto según lo requerido por la ley, la divulgación es a su plan de salud y el propósito está relacionado con el pago u operaciones de atención médica (y no con fines de tratamiento), y (2) su información se refiere exclusivamente a servicios de atención médica por los cuales ha pagado en su totalidad. Para otras solicitudes, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia.

B. Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: Puede solicitar, y nosotros acomodaremos, cualquier solicitud escrita razonable para que reciba PHI por medios de comunicación alternativos o en lugares alternativos.

C. Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud: Puede solicitar acceso a sus registros médicos y de facturación mantenidos por nosotros para inspeccionar y solicitar copias de los registros, incluyendo en formato electrónico. Todas las solicitudes de acceso deben hacerse por escrito. En circunstancias limitadas, podemos negar su acceso a sus registros. Si desea acceso a sus registros, obtenga un formulario de solicitud de registro. Permita 30 días para las solicitudes de registro y 60 días para una enmienda de registro. Si solicita copias, puede aplicarse una tarifa según lo permitido por la ley de New Hampshire RSA 332-I:1 sobre Registros Médicos.

D. Derecho a revocar su autorización: Puede revocar su autorización, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas en confianza en ella, entregando una declaración de revocación por escrito al Oficial de Privacidad.

E. Derecho a enmendar sus registros: Tiene el derecho de solicitar que enmendemos PHI mantenida en sus registros médicos y de facturación. Si desea enmendar sus registros, obtenga un formulario de solicitud de enmienda en el Departamento de Registros Médicos. Todas las solicitudes de enmiendas deben hacerse por escrito. Revisaremos su solicitud para enmendar su PHI y responderemos dentro de 60 días.

F. Derecho a recibir un informe de divulgaciones: A solicitud por escrito, puede obtener un informe de ciertas divulgaciones de PHI durante los seis años anteriores.

G. Derecho a recibir una copia en papel de este aviso: A solicitud por escrito, puede obtener una copia en papel de este aviso, incluso si aceptó recibir dicho aviso electrónicamente.

H. Derecho a notificación de violación: La ley federal nos exige notificarle sobre una violación de su PHI. Esta notificación se le enviará por escrito y describirá los detalles de la violación. Este aviso también contendrá información de contacto para que pueda hacer preguntas sobre la violación.

7. MÁS INFORMACIÓN: QUEJAS

Si desea más información sobre sus derechos de privacidad, está preocupado de que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. El Oficial de Privacidad puede proporcionarle la dirección a solicitud. No lo discriminaremos por presentar una queja.

FECHA DE EFECTO

Este aviso es efectivo el 14 de abril de 2003.

Actualizado en septiembre de 2013.

Actualizado el 28 de junio de 2016.

Actualizado el 10 de julio de 2019.

8. DERECHO A CAMBIAR LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si cambiamos este aviso, podemos hacer que los nuevos términos sean efectivos para toda la PHI que mantenemos, incluida cualquier información creada o recibida antes de emitir el nuevo aviso. Si cambiamos este aviso, publicaremos el aviso revisado en las áreas de espera de la práctica y en nuestro sitio web en <https://www.lampreyhealth.org>. También puede obtener cualquier aviso revisado contactando al Oficial de Privacidad.

OFICIAL DE PRIVACIDAD

Puede contactar al Oficial de Privacidad en:

207 South Main Street

Newmarket, NH 03857

Tel. (603) 244-7307

Una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en <https://www.lampreyhealth.org> en la sección titulada Recursos para Pacientes - Políticas del Centro de Salud.

Reconocimiento de aviso de prácticas de privacidad

Reconocimiento

Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de revisar y recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica.

Consentimiento y autorización

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Lamprey Health Care a divulgar toda la información contenida en mis registros financieros, médicos y de contacto, incluidos diagnósticos y resultados de pruebas, a mi compañía de seguros o plan de salud, sus agentes y contratistas independientes, a terceros socios comerciales que suministrar bienes o servicios a esta oficina, donde dichos bienes/servicios requieren acceso a dicha información, o a cualquier otra persona o entidad que sea responsable de pagar o procesar el pago, de cualquier parte de mi factura, para fines de administración, facturación y calidad y gestión de riesgos. Este consentimiento se aplica a todos los registros creados durante y en relación con mi tratamiento y con el propósito de reembolso por el tratamiento.

Derecho a rescindir o revocar la autorización

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.
- Entiendo que la revocación NO se aplicará a la información que ya ha sido divulgada.
- La información utilizada o divulgada conforme a la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida. Entiendo que esta autorización vencerá dentro de un año a partir de hoy.
- Puedo solicitar inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o divulgada en virtud de este acuerdo.

Aceptación de prácticas de privacidad

Ponga sus iniciales aquí*. _____

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica.

¿Su relación con el paciente? _____