

# Camino Health Center

## Registro de Paciente Adulto

Chart No: \_\_\_\_\_

Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas son confidenciales. Camino Health Center utiliza la información que nos proporciona para evaluar continuamente los servicios y programas que ofrecemos. Adicionalmente, Camino Health Center depende de diferentes fondos que requieren que el centro de salud provee estadísticas sobre la población de sus pacientes. Si tiene alguna pregunta acerca de esta registración, por favor pida asistencia a la recepcionista.

Información Del Paciente						
Numero de Seguro Social		Apellido		Nombre		MI
Domicilio		Ciudad		Estado	Zona Postal	
Teléfono de Casa ( )		Teléfono de Celular ( )		Correo Electrónico		
Sexo al Nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a		
¿Está usted empleado? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar				Eres un/a estudiante? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No un/a estudiante <input type="checkbox"/> Medio		
PERSONA RESPONSABLE (SI ES APLICABLE)						
Apellido	Nombre	MI	Domicilio	Ciudad	Estado	ZIP
Teléfono primario ( )	Relación al Paciente: _____			Idioma Principal: _____		
CONTACTO DE EMERGENCIA						
Apellido	Nombre	MI	Domicilio	Ciudad	Estado	ZIP
Teléfono primario ( )	Relación al Paciente: _____			Idioma Principal: _____		
Seguros Médicos: Yo recibo beneficios médicos de los siguientes seguros médicos: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal / CalOptima <input type="checkbox"/> Covered California - Blue Shield PPO <input type="checkbox"/> No estoy recibiendo ninguna cobertura de seguro				Numero de seguro (I.D.): _____		
Raza <input type="checkbox"/> Indio American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco (Incluye Latino / Hispano) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro multirracial				Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino		
Idioma Principal (Hablado/Escrito) /		Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Algún miembro de la Familia trabaja en el campo/rancho: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Eres un trabajador de temporada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Estás sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Estado de Vivienda: <input type="checkbox"/> Tiene un hogar <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Centro de Refugio <input type="checkbox"/> Viviendo con otros <input type="checkbox"/> Otro		
¿Eres un Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar				
Identidad de Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgenero masculino/femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgenero femenino/masculino a femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar						
¿Tiene algunos valores psicológico, espiritual o cultural que nos ayudara a proveerle mejor tratamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				¿Tiene usted una directiva avanzada de atención medica? (Solo Adultos) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Camino Health Center

## Certificación de Ingresos

Chart No: \_\_\_\_\_

Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas son confidenciales. Es necesario hacer preguntas personales para poder determinar si usted califica para obtener descuentos en sus visitas médicas. Si usted elige no completar esta forma no será elegible para obtener un descuento. Este formo es importante para su salud porque Camino usa esta información para estar seguro de que recibe la mejor atención sin importa sus ingresos.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

### 1. Seguros Médicos: Yo recibo beneficios médicos de los siguientes seguros médicos:

- Medicare  Covered California - Blue Shield PPO  No estoy recibiendo ninguna cobertura de seguro  
 Medi-Cal / CalOptima

**Numero de seguro (I.D.):** \_\_\_\_\_

### 2. Ingresos de la familia: Mi familia recibe \$ \_\_\_\_\_ por cada:

- Semanal (52)  Quincenal (26)  Mensual (12)  Anual (1)

*Si no tiene ingresos:*

- Mi familia no recibe salarios ni ingresos. No estoy trabajando, o recibiendo beneficios del seguro de desempleo o seguro de incapacidad. Mis ingresos son \$0.

### 3. Miembros en la familia: \_\_\_\_\_

***Al firmar abajo yo certifico que la información de arriba es precisa y correcta y que he reportado todos mis ingresos. Yo reconozco que seré requerido a verificar mis ingresos anualmente y proveeré verificación de ingresos cuando sea requerido.***

**Firma del paciente o guardián legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

---

### FOR STAFF USE ONLY

Calculate: \$ \_\_\_\_\_ (family income) X \_\_\_\_\_ (per year) = \$ \_\_\_\_\_ (annual income)

Enter annual income to calculate Sliding Fee Payment Amount: \$ \_\_\_\_\_ per visit.

Comments:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional income documentation provided:

- Check Stubs  
 Tax Forms (W2, Disability, SSI)  
 Bank Statement  
 Other: \_\_\_\_\_

**PATIENT REFUSED TO SIGN CERTIFICATION OF INCOME FORM**

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

## INFORME DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Efectivo: Julio del 2016

**ESTE INFORME DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y EL MODO EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEERLO EN DETALLE.**

Si tiene alguna pregunta acerca de este informe, puede comunicarse con:

Oficial de Confidencialidad  
Camino Health Center  
30300 Camino Capistrano  
San Juan Capistrano, CA 92675  
(949) 240-2030

### ***QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE INFORME***

Este informe describe las normas de Camino Health Center y de:

- Todo profesional médico que tenga autorización para ingresar su información médica en su expediente de Camino Health Center.
- Todos los departamentos y unidades de Camino Health Center.
- Todos los miembros de grupos voluntarios a quienes permitimos que le ayude mientras se encuentre en Camino Health Center.
- Todos los empleados y miembros del personal de Camino Health Center.

Todas estas entidades, sitios y lugares cumplen con los términos del informe. Asimismo, estas entidades, sitios y lugares pueden compartir información médica entre sí para fines de tratamiento, pagos o gestiones administrativas de atención médica que se describen en este informe.

### ***NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA***

Entendemos que su información médica y su salud son personales. Estamos comprometidos a proteger la información médica acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en Camino Health Center. Necesitamos este registro con el fin de brindarle una excelente atención y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este informe se aplica a todos los registros de su atención que hayan sido originados en Camino Health Center, ya sean creados por el personal de Camino Health Center o por su médico personal. Su médico personal puede tener otras normas o informes con respecto al uso y divulgación que los médicos efectúen de su información médica que haya sido creada en el consultorio del médico o en la clínica.

Este informe explica las maneras en las que podemos usar y divulgar la información médica acerca de usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información médica.

La ley requiere que nosotros:

- Aseguremos que la información médica que lo identifique se mantenga en forma confidencial (con ciertas excepciones);
- Le entreguemos este informe con nuestras obligaciones legales y normas de confidencialidad con respecto a la información médica acerca de usted; y cumplamos con los términos del informe vigente.

### ***SITUACIONES EN LAS QUE PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA***

Las siguientes categorías describen diversos modos en los que utilizamos y divulgamos información médica. En cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que significa e intentaremos darle algunos ejemplos. No se incluyen todos los usos o divulgaciones de las categorías. Sin embargo, todas las maneras en las que tenemos autorización de utilizar y divulgar información pertenecen a una de las categorías.

#### ***DIVULGACIÓN A PETICIÓN SUYA***

Podemos divulgar información cuando usted así lo solicite, para lo cual podría ser necesario que nos otorgara su autorización por escrito.

#### ***PARA FINES DE TRATAMIENTO***

Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Es posible que divulguemos información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención de la salud, estudiantes de medicina u otro personal de Camino Health Center que participe en su atención en Camino Health Center. Por ejemplo, es posible que un médico que le está dando tratamiento por una fractura en la pierna necesite saber si usted padece de diabetes debido a que esta afección puede retardar el proceso de cicatrización. Asimismo, es posible que el médico necesite decirle al dietista si usted tiene diabetes para que pueda disponer comidas adecuadas. Es posible que diversos departamentos de Camino Health Center también necesiten compartir información médica acerca de usted con el fin de coordinar los diferentes servicios que usted necesita, como por ejemplo recetas médicas, análisis y radiografías. También podemos divulgar información médica acerca de usted a personas ajenas de Camino Health Center que puedan participar en su atención médica después de que usted deje a Camino Health Center, como por ejemplo centros especializados de enfermería u organizaciones de atención médica residencial, y médicos u otros profesionales médicos. Por ejemplo, a su médico especialista podríamos otorgarle acceso a su información médica para ayudarle a brindarle tratamiento.

#### ***PARA EFECTUAR COBROS***

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted con el fin de facturar el tratamiento y los servicios que usted recibe en Camino Health Center y poder cobrarle a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos compartir con

su plan de salud información sobre su tratamiento que recibió en Camino Health Center, para que nos pague o le reembolse a usted el costo del tratamiento. También podemos informarle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted recibirá en el futuro a fin de obtener autorización previa o determinar si su plan cubre o no cubre el tratamiento. También podemos suministrar información básica acerca de usted y su plan de salud, compañía de seguros u otra fuente de pago a los médicos ajenos a Camino Health Center que participen en su atención a fin de asistirles a obtener el pago por servicios que le brinden. Sin embargo, no podemos divulgar información a su plan de salud por motivos de pago si nos pide que no lo hagamos y paga por los servicios de salud usted mismo.

### ***PARA EFECTUAR GESTIONES ADMINISTRATIVAS DE ATENCIÓN MÉDICA***

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted con el fin de desempeñar gestiones administrativas de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar Camino Health Center y asegurar que todos nuestros pacientes reciban una excelente atención. Por ejemplo, podemos utilizar información médica con el fin de evaluar nuestro tratamiento y servicios y el desempeño del personal que le brinda atención a usted. También podemos combinar información médica acerca de muchos pacientes de Camino Health Center con el fin de decidir qué otros servicios debería ofrecer Camino Health Center, qué servicios no son necesarios y para evaluar la eficacia de ciertos tratamientos nuevos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del personal de Camino Health Center para fines de evaluación y aprendizaje. Asimismo, podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otras oficinas médicas con el fin de comparar nuestro desempeño y determinar qué aspectos de la atención y servicios que ofrecemos podemos mejorar. Podemos eliminar información que lo identifique de esta combinación de informaciones médicas de modo que otras personas puedan utilizarla con el fin de estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes en particular.

### ***ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS***

Podemos utilizar la información acerca de usted, o compartir dicha información, con una fundación asociada a Camino Health Center, para que ellos lo contacten a usted en un intento de recaudar dinero para Camino Health Center y las operaciones del mismo. Usted tiene el derecho a elegir no recibir comunicaciones sobre la recaudación de fondos. Si recibe una comunicación sobre la recaudación de fondos, en ella encontrará información para elegir no recibir más comunicaciones.

### ***MERCADOTECNIA Y VENTA***

En la mayoría de los casos, la divulgación de información médica para fines de mercadotecnia o para la venta de dicha información médica, requiere su autorización.

### ***PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN MÉDICA Y PAGO POR LA MISMA***

Podemos divulgar información médica acerca de usted a un amigo o familiar que participe en su atención médica. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar su atención médica. A menos que usted indique lo contrario por escrito, también podemos informar a sus familiares y amigos acerca de su estado y del hecho que usted está en el hospital.

Asimismo, podemos divulgar información médica acerca de usted a una organización que colabore en las labores de asistencia social en caso de ocurrir una catástrofe de modo de poder informar a su familia acerca de su estado y ubicación. Si al llegar al departamento de emergencia usted está inconsciente o por cualquier otra razón no puede comunicarse, se nos exige que intentemos comunicarnos con alguna persona que consideremos puede tomar decisiones de atención de la salud en representación suya (por ejemplo, un familiar o representante designado mediante un poder de atención de la salud).

### ***SEGÚN LO REQUIERA LA LEY***

Divulgaremos información médica acerca de usted cuando lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

### ***CON EL FIN DE PREVENIR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O SEGURIDAD***

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se efectuará únicamente a la persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

### **SITUACIONES ESPECIALES:**

#### ***DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS***

Podemos divulgar información médica a organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos según sea necesario con el fin de posibilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

#### ***MILITARES Y EX COMBATIENTES***

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica acerca de usted según lo requieran las autoridades militares de comando. También podemos divulgar información médica acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

#### ***COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR***

Podemos divulgar información médica acerca de usted a programas de compensación al trabajador o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios en casos de lesiones o enfermedades laborales.

#### ***ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA***

Podemos divulgar información médica acerca de usted para realizar actividades de salud pública. En general estas actividades incluyen lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Dar parte de nacimientos y fallecimientos;
- Denunciar el abuso o la negligencia de menores, personas de edad avanzada y adultos a cargo;
- Dar parte de reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Informar a las personas si se retiran del mercado ciertos productos que puedan estar usando;

- Informar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- Informar a las autoridades gubernamentales correspondientes si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo efectuaremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.
- Informar a los empleados de reacción ante emergencias acerca de la posible exposición al VIH/SIDA hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes estatales y federales.

### ***ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS***

Podemos divulgar información médica a una organización de supervisión de servicios médicos para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### ***DEMANDAS Y DISPUTAS***

Si usted es parte de una demanda o una disputa, podemos divulgar información médica acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica acerca de usted en respuesta a un citatorio, pedido de revelación o a otro acto procesal legítimo de otra de las partes de la disputa, pero únicamente si se ha intentado informarle acerca del pedido (lo cual puede incluir una notificación por escrito para usted) o de obtener una orden que proteja la información solicitada.

### ***CUMPLIMIENTO DE LA LEY***

Podemos divulgar información médica si lo solicita un funcionario del cumplimiento de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citatorio, mandato judicial, auto de comparecencia o procedimiento similar;
- Con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un delito si en determinadas circunstancias limitadas no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- Acerca de un fallecimiento que consideramos que puede ser consecuencia de un delito;
- Acerca de conductas delictivas en el hospital; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, la descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

### ***MÉDICOS FORENSES Y DIRECTORES DE FUNERALES***

Podemos divulgar información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica acerca de pacientes del hospital a directores de funerales según sea necesario para desempeñar sus tareas.

### ***ACTIVIDADES DE SEGURIDAD NACIONAL E INTELIGENCIA***

Podemos divulgar información médica acerca de usted a funcionarios federales autorizados para desempeñar actividades de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

### ***SERVICIOS DE PROTECCIÓN DEL PRESIDENTE Y OTRAS PERSONAS***

Podemos divulgar información médica acerca de usted a funcionarios federales autorizados de modo que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estados extranjeros o llevar a cabo investigaciones especiales.

### ***RECLUSOS***

Si usted está recluso en una institución correccional o en la custodia de un funcionario del cumplimiento de la ley, podemos divulgar información médica acerca de usted a la institución correccional o al funcionario del cumplimiento de la ley. Esta divulgación sería necesaria 1) para que la institución le brinde atención médica, 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o 3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

### ***EQUIPOS DE PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO***

Podemos divulgar información de la salud a un equipo de personal multidisciplinario que sea pertinente para la prevención, identificación, control o tratamiento de un menor maltratado y sus padres o el abuso o la negligencia de personas de edad avanzada.

### ***CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN***

Bajo algunas circunstancias su información médica puede quedar sujeta a limitaciones que pueden restringir o impedir algunos usos o divulgaciones descritas en este informe. Por ejemplo, hay limitaciones especiales sobre el uso y la divulgación de ciertas categorías de información, como por ejemplo los resultados de los análisis de detección del VIH o el tratamiento para padecimientos de salud mental o alcoholismo y drogadicción. Los programas gubernamentales de beneficios médicos, como Medi-Cal, también pueden restringir la divulgación de la información de los beneficiarios para propósitos que no se relacionen con el programa.

### ***SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA:***

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos acerca de usted:

#### ***DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR***

Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de la información médica que puede utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado. En general, esto incluye expedientes médicos y de facturación, pero puede no incluir cierta información de salud mental.

Para inspeccionar y obtener una copia de la información médica que puede utilizarse para tomar decisiones sobre usted, tiene que enviar una solicitud por escrito a Camino Health Center. Si solicita una copia de la información, podremos cobrar una cuota por el costo de las copias, envíe u otros artículos relacionados con su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud para inspeccionar y obtener una copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar la revisión de la negativa. Otro profesional médico licenciado que sea seleccionado por el hospital examinará su solicitud y la negativa. La persona que lleve a cabo la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

### ***DERECHO DE ENMIENDAS***

Si usted considera que la información médica que tenemos en nuestro poder acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para Camino Health Center.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe presentarse por escrito al Director Médico de Camino Health Center. Asimismo, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos negar su solicitud de enmienda si no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que respalde la solicitud. Asimismo, podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No sea parte de la información médica conservada por o para el hospital;
- No sea parte de la información que usted tendría derecho de inspeccionar y copiar; o
- Sea correcta y esté completa.

Aun si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar un anexo por escrito de menos de 250 palabras con respecto a cualquier punto o declaración de su expediente que usted considere incompleta o incorrecta. Si usted indica claramente por escrito que desea que el anexo se incorpore a su expediente médico, lo adjuntaremos al mismo y lo incluiremos siempre que efectuemos una divulgación del punto o declaración que usted considera incompleta o incorrecta.

### ***DERECHO A RECIBIR UN INFORME DE LAS DIVULGACIONES***

Usted tiene el derecho de solicitar un “informe de las divulgaciones”. Este informe es una lista de las divulgaciones que efectuamos de su información médica aparte del uso que le demos para fines de tratamiento, pagos y gestiones administrativas de atención médica (según dichas funciones se describen anteriormente), y con otras excepciones conforme a la ley.

Para solicitar una lista o informe de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a Camino Health Center. Su solicitud debe indicar un plazo que debe ser menor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. Su solicitud debe indicar de qué forma desea recibir la lista (por ejemplo, impresa, electrónica). La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratuita. Podemos cobrarle el costo de otras listas que solicite. Le informaremos el monto y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

Adicionalmente, le notificaremos según lo exige la ley si se produce una violación de su información médica confidencial desprotegida.

### ***DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES***

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de usted para fines de tratamiento, pagos o gestiones administrativas de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos acerca de usted a una persona que participe en su atención o

para el cobro de la misma, como por ejemplo un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no utilicemos o divulguemos información acerca de una operación a la que se haya sometido.

No estamos obligados a acceder a su solicitud, salvo en el caso de que usted nos pida que restrinjamos la divulgación de información a un plan o asegurador médico en lo que concierne al pago o a las operaciones relacionadas con el cuidado de la salud, si usted, u otra persona que actúe en su nombre (que no sea el plan o asegurador médico), ha pagado por ese artículo o servicio en efectivo y en su totalidad. Incluso si usted solicita esta restricción especial, tenemos el derecho a divulgar información a un plan o asegurador de salud si es en relación con su tratamiento.

Si aprobamos otra restricción especial, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para su tratamiento en caso de emergencia.

Para solicitar limitaciones, debe presentar su pedido por escrito al Oficial de Confidencialidad de Camino Health Center. En su solicitud debe indicar 1) la información que desea limitar, 2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y 3) las personas a quienes debe aplicarse dicha limitación, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

#### ***DERECHO A SOLICITAR COMUNICADOS CONFIDENCIALES***

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que sólo lo llamemos al trabajo o que le escribamos por correo electrónico.

Para solicitar comunicados confidenciales, debe presentar su pedido por escrito a Camino Health Center. No le pediremos el motivo de su solicitud. Concederemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe indicar el modo o el lugar donde desea que nos comuniquemos con usted.

#### ***DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTE INFORME***

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este informe. Puede pedirnos que le demos una copia de este informe en cualquier momento. Aun si ha estado de acuerdo en recibir este informe por correo electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa del mismo.

Puede obtener una copia de este informe en nuestra sede en la red:

<http://www.caminohealthcenter.org>

Para recibir una copia impresa de este informe:

Attn: Medical Records  
Camino Health Center  
30300 Camino Capistrano  
San Juan Capistrano, CA 92675

### ***CAMBIOS DEL INFORME***

Nos reservamos el derecho de modificar este informe. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia el informe enmendado o modificado para información médica que ya tengamos acerca de usted y para toda la información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia del informe vigente en el hospital. Este informe incluirá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Asimismo, cada vez que se registre o sea internado en el hospital para recibir tratamiento o servicios de atención médica como paciente ambulatorio o internado, le ofreceremos una copia del informe vigente en ese momento.

### ***QUEJAS***

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja a Camino Health Center o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja a Camino Health Center, debe comunicarse con:

Oficial de Confidencialidad  
Camino Health Center  
30300 Camino Capistrano  
San Juan Capistrano, CA 92675  
(949) 240-2030

Todas las quejas deben presentarse por escrito. *No se le aplicarán sanciones por presentar una queja.*

### ***OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA***

Se efectuarán otros usos y divulgaciones de la información médica que no esté cubierta por este informe o por las leyes que nos corresponden únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar información médica acerca de usted, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, esta revocación interrumpirá todo uso o divulgación ulterior de su información médica para los fines cubiertos por su autorización escrita, excepto si ya actuamos basados en su autorización. Usted entiende que no podemos desdecirnos de ninguna divulgación que ya hayamos efectuado con su autorización, y que estamos obligados a mantener nuestros expedientes de la atención que le brindamos.

## NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

### ACUSO DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del “Informe de Normas de Confidencialidad” de Camino Health Center. Nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” le informa cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Podemos cambiar nuestro “Aviso de prácticas de privacidad.” Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe enmendado de este modo: comuníquese con nuestra organización llamando al número (949) 240-2272.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro “Informe de Normas de Confidencialidad” puede comunicarse con:

Oficial de Normas de Confidencialidad  
Camino Health Center  
30300 Camino Capistrano  
San Juan Capistrano, CA 92675  
(949) 240-2030

---

Acuso el recibo del “Informe de Normas de Confidencialidad” de Camino Health Center.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_

(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

(representante legal)

(sobre)

## IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSO DE RECIBO

Complete sólo si no obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuso de recibo de la persona, describa las gestiones de buena fe que ha realizado con el fin de obtener dicho acuso, y los motivos por el cual no fue obtenido.

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

Motivos por el cual no se obtuvo el acuso de recibo:

- El paciente se negó a firmar este acuso de recibo a pesar de que se le solicitó hacerlo y recibió el Informe de Normas de Confidencialidad.
- Otro motivo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(representante del proveedor)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante del proveedor)