



Bienvenido a Outer Cape Health Services

Agradecemos que nos haya elegido como su proveedor de atención médica.

Este paquete de admisión de pacientes nuevos debe completarse y devolverse antes de que se programe su primera cita. **Complete todos los formularios en tinta negra solo para garantizar la legibilidad al escanear.**

Este paquete incluye:

- 1) **Notice of Privacy Practices (Aviso de prácticas de privacidad):** revise este aviso cuidadosamente.
- 2) **Patient Registration Form (Formulario de registro del paciente):** complete todas las partes de este formulario. Tenga en cuenta que como Centro de salud calificado federalmente, debemos recopilar información demográfica sobre los pacientes a los que atendemos. La información que usted proporciona es confidencial.
- 3) **Health History Questionnaire (Cuestionario de historial de salud):** un resumen de su historial médico, medicamentos, alergias, hábitos de salud e historial de salud familiar. Registre todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos que toma.
- 4) **Treatment, Payment and Data Agreement (Acuerdo de Tratamiento, Pago y Datos; disponible en español):** se debe firmar antes de ver a un médico.
- 5) **Authorization for Request of Protected Health Information (Autorización para solicitar información médica protegida):** Para garantizar la continuidad de la atención, debemos recibir todos los registros médicos de su Proveedor de atención primaria (PCP) anterior. Es su responsabilidad completar este formulario para otorgarnos permiso para solicitar registros de su práctica anterior.

Por favor revise las siguientes responsabilidades del paciente:

- ❖ Seguro: No aceptamos todos los planes de seguro. Si tiene un seguro que no admitimos, usted es responsable del pago en el momento del servicio. Usted puede enviar su recibo a su compañía de seguros para su reembolso, aunque no podemos garantizarle el reembolso que realizará su plan de seguro, si lo hubiera.
- ❖ Aceptamos pagos en efectivo, cheque y tarjeta de crédito.
- ❖ Si tiene un plan de seguro que requiere la asignación de un PCP, es su responsabilidad comunicarse con la compañía de seguros de su nuevo PCP.
- ❖ Copagos: cualquier copago que sea requerido por su compañía de seguros se debe al momento de la visita.
- ❖ Recetas: requerimos un aviso de 48 horas para procesar todas las solicitudes de resurtido de recetas. Si solicita un reabastecimiento un viernes, es posible que no esté disponible hasta el lunes.
- ❖ Las sustancias controladas no se rellenarán en la primera visita.

Por favor llegue 20 minutos antes de su cita.
¡Gracias por elegir Outer Cape Health Services!



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Your Information. Your Rights. Our Responsibilities

HEALTH SERVICES

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede usarse y compartirse con otros y cómo puede tener acceso a ella. Por favor revíselo cuidadosamente.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos su información de salud de las siguientes maneras.

1) para tratarte

Podemos usar su información de salud y proporcionarla a otras personas que lo están tratando.

Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Outer Cape Health Services utiliza un registro médico seguro. El acceso a sus registros médicos y otra información mantenida por Outer Cape Health Services está restringido a los médicos y al personal que necesitan la información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, u otros fines permitidos según se describe en este Aviso.

En algunos casos, los médicos de otras organizaciones de atención médica pueden acceder electrónicamente a su información de salud creada o mantenida por Outer Cape Health Services, a través de una red segura para la transmisión de información de salud, como la Carretera de Información de Salud de Massachusetts ("The Hiway"). Todos estos médicos deben tomar medidas para proteger la confidencialidad de su información.

2) Para dirigir nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para evaluar la calidad de la atención que brindamos.

3) Para facturar nuestros servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y cobrar pagos de planes o entidades de salud, incluidas personas, como miembros de la familia, que son responsables de pagar su atención médica.

Ejemplo: Damos información sobre usted a su compañía de seguros de salud para que pague por nuestros servicios.

¿De qué otra manera podemos compartir su información?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información. Para más información:

www.hhs.gov/privacy/hipaa

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad.

Como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar abuso, negligencia o violencia doméstica.

Hacer investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

Si la ley estatal o federal lo requiere, compartiremos su información. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplamos con las leyes federales de privacidad.

Ejemplo: El Sistema de Información de Vacunación de Massachusetts ("MIIS") es un sistema estatal para realizar un seguimiento de las vacunas que usted y su familia recibieron. El objetivo es garantizar que todos en el estado estén al día con sus vacunas y que los registros estén disponibles cuando los necesite, como cuando un niño ingresa a la escuela, en una emergencia o cuando cambia de proveedor de atención médica. Puede optar por no participar en el programa, pero su información seguirá manteniéndose en la base de datos de MIIS. Optar por no participar solo significa que deberá realizar un seguimiento de los registros de vacunación de su hijo en caso de que cambie de médico o se vacune en otro centro de salud.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.

Compartimos información sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Compartimos información cuando una persona muere.

Abordar la compensación del trabajador, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Reclamamos de compensación de trabajadores
- Propósitos de aplicación de la ley con un oficial de la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Respuesta a juicios y acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción.
- Seguiremos las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y le daremos una copia.
- No compartiremos ni usaremos su información de otra forma que no sea la descrita en este Aviso, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo. Si cambia de opinión en cualquier momento, debe comunicárnoslo por escrito.

TUS DERECHOS

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia electrónica de su expediente médico

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo podemos ayudarte a hacerlo. Le proporcionaremos una copia dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Pídanos que corriamos su historial médico

Puede pedirnos que corriamos la información sobre usted que cree que es incorrecta. Pregúntanos cómo podemos ayudarte a hacerlo. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días. Si decimos "no", aún tiene derecho a que se anote su desacuerdo en su expediente.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (teléfono o teléfono celular) y todas las solicitudes razonables serán aprobadas.

Pídanos que limitemos lo que compartimos

- Puede pedirnos que no compartamos ni usemos cierta información de salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga de su bolsillo por su atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información de salud en los últimos 6 años antes de la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Haremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago, operaciones de atención médica y cualquier otra divulgación que nos haya pedido que hagamos. Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si realiza otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia del Aviso de Privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirla electrónicamente.

Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados

- Si cree que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con el lugar donde recibió atención o comunicándose con el Oficial de privacidad de Outer Cape Health Services al 508-905-2800.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201, 1-877-696-6775 o www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints
- Outer Cape Health Services no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Háganos saber si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos información en las situaciones que se describen a continuación.

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.

- Compartir información en una situación de socorro en casos de desastre

Si no está presente, no puede comunicarse o se encuentra en una situación de emergencia, podemos ejercer nuestro criterio para determinar si divulgamos información a otras personas involucradas en su atención. También podemos compartir información cuando sea necesario para detectar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Las leyes federales y estatales requieren su autorización específica por escrito para la divulgación de esta información: notas de psicoterapia, según lo definido por las leyes; comunicación con ciertos profesionales de la salud del comportamiento; comunicaciones entre las víctimas de violación doméstica y su(s) consejero(s) de violencia doméstica; y entre las víctimas de agresión sexual y su(s) consejero(s) de agresión sexual; e información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias, pruebas o resultados del VIH; tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y pruebas genéticas. Así como la comercialización y venta de su información.

En el caso de recaudación de fondos, si no desea ser contactado, llame a nuestra Oficina de Desarrollo al 508-905-2800.

DERECHO A CAMBIAR LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a pedido, en Outer Cape Health Services y en nuestro sitio web. **La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de noviembre de 2018 .**

Formulario de registro de pacientes



Información del paciente (Escriba claramente en tinta NEGRA únicamente)			
Nombre legal* Ultimo Primero inicial del segundo nombre	Nombre Preferido:		
Sexo legal (marque uno) * Femenino Masculino	Pronombres:		
<p><i>*Si bien Outer Cape Health Services reconoce varios géneros/sexos, muchas compañías de seguros y entidades legales lamentablemente no. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que ha indicado en su seguro deben usarse en los documentos. relacionados con seguros, facturación y correspondencia. Si su nombre y pronombres preferidos son diferentes a estos, háganoslo saber.</i></p>			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____	Seguridad Social #		
Información del contacto			
Dirección de envío	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Estado	Código postal
Encierre en un círculo su número de teléfono principal:			
Teléfono de casa () ¿Está bien dejar un mensaje de voz? Sí No	Teléfono móvil () ¿Está bien dejar un mensaje de voz? Sí No	Teléfono del trabajo () ¿Está bien dejar un mensaje de voz? Sí No	preferencia de comunicacion Marque todo lo que corresponda: Correo MyChart Correo electrónico Teléfono <i>Los recordatorios de citas están predeterminados en mensaje de texto. Por favor, compruebe si usted prefieren las llamadas telefónicas.</i>
Dirección de correo electrónico			¿Le gustaría registrarse en MyChart? Sí No
Información demográfica			
<p><i>Esta información es solo para fines demográficos y no afectará su atención. Como centro de salud calificado federalmente, Outer Cape Health debe recopilar información demográfica sobre los pacientes que atendemos. La información que proporciona es confidencial.</i></p>			
Estado civil Casado Pareja casada Soltero Divorciado Otro _____			
Etnicidad Hispano/Latino/Latina No hispano/latino/latina Desconocido	Grupos raciales) (marque todo lo que corresponda) Nativo de Alaska Indio americano asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawai Isleño del Pacífico Desconocido Blanco	estatus de veterano Servicio Activo Servicio inactivo No es un veterano Reservista Veterano	Idioma preferido (elige uno) Inglés Español Francés portugués Otros _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Contactos de pacientes		
Nombre del contacto de emergencia	Número de teléfono	Relación
Si tiene menos de 18 años, el Departamento de Salud Pública requiere que proporcione la información de contacto de sus padres/tutores.		
Padre/Tutor Nombre	Relación	Número de teléfono
Permiso para hablar/compartir información Autorizo la divulgación de mi información médica a las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si Outer Cape Health Services la divulga a dicha(s) persona(s), ya no podemos garantizar la confidencialidad de la información. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que Outer Cape Health Services reciba una notificación por escrito de mi parte para cancelarla.		
Nombre	Relación	Número de teléfono
Empleo		
Estado de Empleo Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Estudiante a tiempo completo Otro: _____	Ocupación Nombre del empleador/escuela	¿Está cubierto por el seguro de la escuela o del empleador? Sí No
Orientación sexual e identificación de género para ti		
Orientación Sexual lesbiana Asexuales Gay Omnisexual Heterosexual / Heterosexual y Queer Bisexuales No sé Pansexual Otros Optar por no divulgar	Identidad de género Mujer Cuestionamiento Masculino Otros Mujer transgénero Hombre transgénero Genderqueer o no binario Optar por no divulgar	Sexo asignado al nacer. Femenino Hombre Intersexualidad Optar por no divulgar
Farmacia Preferida		
Nombre de la farmacia _____ Dirección _____		
Información del seguro		
Médico	Nombre del plan	Suscriptor #
Nombre del plan secundario		Suscriptor #
Visión	Nombre del plan	Suscriptor #
		Nombre del asegurado

Formulario demográfico anual



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Todos los pacientes deben completar este formulario y actualizarlo anualmente. Como centro de salud calificado a nivel federal, estamos obligados a obtener la siguiente información. Esta información es solo para propósitos de informes y subvenciones. Nunca se informa información de identificación personal. La confidencialidad de lo que informa a continuación está protegida por ley.

Tamaño de la familia:

¿Cuántas personas hay en su hogar familiar? _____

Ingreso:

Contándose a usted, su cónyuge y todos los hijos dependientes (aquellos de 18 años o menos que aún se reclaman como dependientes en su declaración de impuestos federales), ¿cuál es su ingreso bruto (ingreso antes de impuestos) para su familia?

\$ _____ **Seleccione uno:** Diario Semanal Mensual Anual

Estado sin hogar

¿Cuál describe mejor su estado de vivienda/sin hogar?

- En riesgo de quedarse sin hogar
- Niño en riesgo de quedarse sin hogar
- Actualmente no está sin hogar, pero estuvo en los últimos 12 meses
- Vivir en un refugio
- Vivir con otros
- No sin hogar
- Vivienda de apoyo permanente
- Hotel de ocupación individual
- Calle, campo, puente
- En vivienda de transición
- Veterano en riesgo de quedarse sin hogar

Estatus de trabajador migrante/temporero

¿Es usted un trabajador agrícola migrante o estacional? Estacional Migrante Ninguno



CUESTIONARIO ANUAL DE HISTORIA DE SALUD

Toda la información que proporcione es estrictamente confidencial y formará parte de su expediente médico. Responda las preguntas lo mejor que pueda, especialmente cualquier información nueva o que haya cambiado durante el último año. Puede dejar algunos o todos los campos en blanco, pero su proveedor puede solicitar la información en su visita al consultorio. **Complete con tinta NEGRA únicamente.**

DEMOGRAFÍA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento (mm/ dd / aaaa) _____

Género Femenino Masculino Transgénero Otro _____

Estado civil Soltero Casado En pareja Separado Divorciado Viudo

Ocupación _____

Fuente anterior de atención médica _____

Fecha del último examen físico _____

¿Se firma un lanzamiento discográfico? Sí No

¿Ha completado un formulario de poder de salud o testamento en vida? Sí No

CONDICIONES MÉDICAS QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADAS

Reflujo ácido/acidez estomacal Sí No Enfermedad renal Sí No

Presión Arterial Alta Sí No Enfermedad hepática/hepatitis Sí No

Enfermedad intestinal Sí No Enfermedad pulmonar/asma Sí No

Cáncer Sí No Trazo Sí No

Colesterol elevado Sí No Enfermedad de la tiroides Sí No

Diabetes Sí No Otro _____

Enfermedad cardíaca

Sí No

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES

¿Ha tenido un cambio reciente en el peso? Sí No

En caso afirmativo, ¿fue intencional? Sí No

¿Tiene dificultad para dormir? Sí No

¿Tienes fatiga? Sí No

¿Tienes dolor? Sí No

¿Te levantas a orinar por la noche? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces cada noche? _____

¿Tiene dificultad para orinar, incluido dolor, ardor o sangre en la orina? Sí No

¿Ha tenido infecciones renales o de la vejiga en el último año? Sí No

¿Tiene dificultad con sus intestinos? Sí No

¿Tiene dificultad para respirar? Sí No

¿Tiene dolor o presión en el pecho? Sí No

¿Tienes tos? Sí No

¿Tienes cambios de humor? Sí No

¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? Sí No

Otro _____

CIRUGÍAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES

Fecha

Razón

Nombre del Hospital

Fecha	Razón	Nombre del Hospital

VACUNAS

Fecha	Nombre de la instalación
Tétanos/ difteria /tos ferina	
Pneumovax (neumonía)	
Zostavax (culebrilla)	
Hepatitis B	
Otro	

PROYECCIONES

Fecha	Nombre de la instalación
Mamografía	
Prueba de Papanicolaou (femenino o masculino)	
colonoscopia	
Densidad de masa ósea	
Colposcopia Anal (HRA)	
Examen rectal	
Examen de próstata	
Otro	

OTROS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS

Fecha	Nombre de la instalación
Dentista	
Oculista	
Terapeuta/Consejero	
ginecología	
Otro	

RECETAS, MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y PRODUCTOS HERBALES UTILIZADOS

Nombre	Dosis	Frecuencia
--------	-------	------------

Cafeína	Número de tazas por día
Café	_____
Té	_____

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL, Continuación

Cafeína, continuación	soda	_____
	Bebida energética	_____
	Otro	_____

Alcohol	¿Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por día o semana?	_____	
	¿Te preocupa la cantidad que bebes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez sus familiares o amigos han expresado su preocupación por su forma de beber?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Tabaco	¿Alguna vez has consumido tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, ¿cuántos años ha usado tabaco?	_____	
	En caso afirmativo, ¿año de último uso?	_____	
	# por día: Cigarrillos _____ Cigarros _____ Pipa _____ Masticar _____		

drogas	¿Alguna vez ha consumido drogas recreativas o callejeras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha abusado de medicamentos recetados o de venta libre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez se ha administrado medicamentos con una aguja que no le hayan recetado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Le gustaría reunirse con un proveedor para hablar confidencialmente sobre su consumo de drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Violencia doméstica	¿Alguna vez te has sentido inseguro o amenazado por alguien cercano a ti?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha sido víctima de abuso verbal, psicológico o físico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Salud mental	¿Alguna vez ha recibido tratamiento por: depresión, ansiedad u otros problemas de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido alguna vez una hospitalización psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez has intentado suicidarte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Salud sexual

- ¿Eres sexualmente activo actualmente? Sí No
- En caso afirmativo, actualmente sexualmente activo con: Hombres Mujeres Ambos
- ¿Alguna vez has tenido una infección de transmisión sexual? Sí No

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL, Continuación

En caso afirmativo, indique la fecha y el tipo de infección _____

- ¿Le gustaría hablar con un consejero sobre su riesgo de VIH/SIDA? Sí No
- ¿Te consideras a ti mismo como: Directo o heterosexual lesbiana, gay o homosexual Bisexual Algo más no sé ahora

La salud de la mujer

- Edad de inicio de la menstruación _____ Edad de inicio de la menopausia _____
- Fecha del último período _____ Período cada ____ días durante ____ días
- ¿Sangrado/manchado entre períodos? Sí No
- ¿Sangrado/manchado desde la menopausia? Sí No
- Caudal Ligero Moderado Pesado
- Calambres? Sí No
- ¿Está actualmente tratando de quedar embarazada? Sí No
- Si no, ¿cuál es su método anticonceptivo? _____
- ¿Estás embarazada? Sí No
- ¿Estas amamantando? Sí No

Salud de los hombres

- ¿Tiene dolor, ardor o secreción del pene? Sí No
- ¿Tiene dificultad con la erección o la eyaculación? Sí No

¿Tiene dolor o hinchazón en los testículos?

Sí No

La seguridad

¿Está expuesto a materiales o situaciones peligrosas en el trabajo?

Sí No

¿Utiliza regularmente el cinturón de seguridad?

Sí No

¿Hay armas en la casa?

Sí No

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Madre

Padre

Hermanos

Adoptado - Historia desconocida

Niños

Gracias por completar este formulario

Autorización para Solicitud de Información de salud protegida



Nombre del paciente	Último	Primero	Inicial media	Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)
Dirección del paciente	Calle	Ciudad/Pueblo	Estado	Código postal
Número de teléfono del paciente				
<p>Por la presente autorizo y solicito que se envíe una copia de mi expediente médico por correo o fax a:</p> <p style="text-align: center;">Outer Cape Health Services P.O. Box 598, Harwich Port, MA 02646 Fax: 508-487-6298</p> <p>Para fines de: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Transferir atención <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Información solicitada: _____ <input type="checkbox"/> Todos los registros</p> <p>Cubriendo el periodo de: _____ a _____</p>				
<p>Información de práctica anterior</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre de la práctica</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Dirección de práctica</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Número de teléfono Número de fax</p>				

Protegido por la ley estatal: escriba sus iniciales a continuación	
Tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas	YO AUTORIZO. Inicial: _____
VIH/Enfermedades Transmisibles*	YO AUTORIZO. Inicial: _____
Prueba genética	YO AUTORIZO. Inicial: _____
Servicios de salud mental	YO AUTORIZO. Inicial: _____
(Servicios de Salud Mental por parte de una enfermera clínica especialista, Psicólogo, Trabajador Social, profesional de consejería o un médico especialista en psiquiatría autorizado bajo la disposición del Título 32)	

Esta autorización es válida para la divulgación de información médica protegida durante 180 días a partir de la fecha siguiente O (indique):

- una divulgación única al finalizar los servicios hasta que se revoque por escrito otro

Nombre del paciente o representante legal (en letra de imprenta) _____

DIRECCIÓN: _____

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

A la práctica de envío de registros, por favor envíe únicamente lo siguiente:

- Hoja de mantenimiento de la salud
- Cartilla de vacunación
- Último CPE
- Notas de las últimas 3 visitas al consultorio
- Laboratorios del año actual y anterior.
- Todos los informes de patología.
- Último informe de PAP y cualquier informe anormal
- Última colonoscopia y cualquier informe anormal
- Última mamografía y cualquier informe anormal
- Última radiografía de tórax y cualquier informe anormal
- Todos los estudios de resonancia magnética, tomografía computarizada y radiología intervencionista.
- Todas las consultas en los últimos 2 años con excepción de todas las consultas de cardiología, oncología, neuropsiquiatría y dolor.
- Todas las pruebas de cardiología en los últimos 2 años.
- Todas las pruebas de neurología (EMG, EEG) o pruebas pulmonares en los últimos 2 años.
- Resúmenes de alta hospitalaria
- Todos los registros de salud mental de los últimos 2 años.

*Se requiere una autorización de divulgación por separado para cada solicitud para divulgar los resultados de las pruebas de VIH/SIDA, MGL c111§ 70F.

**La divulgación de información debe cumplir con la Ley de Privacidad federal HIPAA y la Confidencialidad federal de los registros de clientes de abuso de alcohol y drogas, 42 CFR, parte 2. Nota para el destinatario: contiene información confidencial. 42 CFR parte 2 le prohíbe realizar más divulgaciones de esta información a menos que lo permita expresamente el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita la ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier abuso de alcohol o drogas.

Por la presente revelo mi información de salud para el propósito mencionado anteriormente. Entiendo que una vez que dicha información haya sido divulgada al destinatario previsto, OCHS no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información de salud a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Oficial de Cumplimiento de Servicios de Salud de Outer Cape: 508-905-2820 opatientexperience@outercape.org

Un facsímil o copia de este documento es válido como el original.
Escanear documento completo a EMR: consentimientos y contratos

Revisado el 01/12/2023