



Le damos la bienvenida a Outer Cape Health Services

Agradecemos que nos haya elegido como proveedor de atención médica.

Como hogar médico centrado en el paciente, Outer Cape Health Services proporciona atención médica respaldada en evidencias, basada en relaciones y orientada a todos los aspectos de una persona. Asociarse con los pacientes y sus familias requiere comprender y respetar la cultura, los valores, las preferencias y las necesidades únicas de cada paciente. El hogar médico apoya de manera activa a los pacientes a medida que aprenden a administrar y organizar su propia atención médica en el nivel que ellos mismos elijan. En Outer Cape Health Services, reconocemos que los pacientes y sus familias son miembros fundamentales del equipo de atención; por eso, nos esforzamos para garantizar que nuestros pacientes sean socios plenamente informados a la hora de establecer planes de atención centrados en la prevención, el bienestar y la atención médica de calidad.

Debe completar este paquete de admisión para nuevos pacientes y entregárnoslo antes de programar su primera cita. **Complete todos los formularios con tinta negra únicamente para garantizar la legibilidad cuando sean escaneados.**

Este paquete incluye lo siguiente:

- 1) **Aviso de prácticas de privacidad:** Por favor, revíselo cuidadosamente.
- 2) **Formulario de registro del paciente:** Complete todas las partes de este formulario. Tenga en cuenta que, como centro de salud calificado a nivel federal, estamos obligados a recopilar información demográfica de los pacientes que atendemos. La información que usted proporciona es confidencial.
- 3) **Cuestionario de antecedentes médicos:** Un resumen de sus antecedentes médicos, medicamentos, alergias, hábitos de salud y antecedentes médicos familiares. Registre todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los de venta libre y los suplementos.
- 4) **Acuerdo de tratamiento, pago y recopilación de datos:** Debe ser firmado antes de ver a un médico clínico.
- 5) **Autorización para solicitar información médica protegida:** Para garantizar la continuidad de la atención, debemos recibir los expedientes médicos de su proveedor de atención primaria (PCP) anterior. Es su responsabilidad completar el formulario de autorización con el propósito de autorizarnos a solicitar los expedientes médicos a su consultorio anterior.

Repase las siguientes responsabilidades del paciente:

- ❖ Seguros: No aceptamos todos los planes de seguro. Si tiene un seguro para el cual no nos ocupamos de los reclamos, usted es responsable del pago en el momento del servicio. Puede enviar el recibo a su compañía de seguros para que le hagan un reembolso, aunque no podemos garantizar de cuánto será ese reembolso, si es que corresponde.
- ❖ Aceptamos pagos en efectivo, cheques y tarjetas de crédito.
- ❖ Si tiene un plan de seguro que requiere la asignación de un PCP, es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros para informarles su nuevo PCP.
- ❖ Copagos: Todo copago que exija su compañía de seguros debe pagarse en el momento de la consulta.
- ❖ Recetas: Se requiere que nos avise 48 horas antes para procesar todas las solicitudes de reposición de medicamentos. Si solicita una reposición un viernes, es posible que no esté disponible hasta el lunes.
- ❖ No se emiten recetas para reponer sustancias controladas en la primera visita.

Llegue 15 minutos antes de su cita.

¡Gracias por elegir Outer Cape Health Services!



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR CON OTRAS PERSONAS SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

En general, ¿cómo usamos o compartimos su información médica?

Por lo general, usamos su información médica de las siguientes maneras:

Para brindarle tratamiento: Outer Cape Health Services utiliza un sistema seguro para almacenar los expedientes médicos. El acceso a sus expedientes médicos y a otra información que conservamos en Outer Cape Health Services está restringido a los médicos clínicos y al personal que necesitan la información para brindarle tratamiento, procesar pagos o realizar operaciones relacionadas con la atención médica, o para otros fines permitidos descritos en este aviso.

En algunos casos, los médicos clínicos de otras organizaciones de atención médica pueden acceder electrónicamente a la información médica que generamos o conservamos en Outer Cape Health Services, a través de una red segura para la transmisión de información médica, por ejemplo, la red Massachusetts Health Information Highway ("The Hiway"). Todos los médicos clínicos están obligados a proteger la confidencialidad de su información.

Outer Cape Health Services forma parte de un acuerdo organizado de atención médica que agrupa a los participantes del sistema OCHIN. Hay una lista actualizada de los participantes de OCHIN en www.ochin.org. Como socio comercial de Outer Cape Health Services, OCHIN le suministra tecnología de la información y servicios relacionados (tanto a Outer Cape Health Services como a otros participantes de OCHIN). OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de prácticas recomendadas y evaluar los beneficios clínicos obtenidos del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de derivaciones de pacientes a recursos internos y externos. Outer Cape Health Services podría compartir su información médica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para realizar operaciones de atención médica conforme al acuerdo de atención médica organizada.

Care Everywhere: Los médicos clínicos que participan en la atención de un paciente y que utilizan el sistema Epic/OCHIN pueden compartir información de forma segura.

La información compartida a través de Care Everywhere puede incluir información médica confidencial, por ejemplo, información referida al tratamiento por abuso de drogas y alcohol, o derivaciones para recibir ese tipo de tratamiento, diagnóstico y tratamiento de salud mental, pruebas genéticas, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y diagnóstico y tratamiento del VIH/sida. Los pacientes pueden elegir que su información no se comparta a través de Care Everywhere.

Para dirigir nuestra organización: Podemos usar y compartir su información médica para dirigir nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo: Usamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

Para facturar nuestros servicios: Podemos usar y compartir su información médica para facturar y cobrarles nuestros servicios a planes o entidades de salud. Por ejemplo: Le proporcionamos información sobre usted al plan de seguros de salud para que pague los servicios que usted recibe.

Comunicarnos con usted: Podemos usar su información médica para comunicarnos con usted con el fin de brindarle información acerca del tratamiento y las indicaciones de atención de seguimiento, o sobre los servicios que proporcionamos. Por ejemplo, podemos comunicarnos con usted acerca de citas programadas o canceladas, actualizaciones de inscripción o del seguro, asuntos de facturación o pago, evaluaciones previas al procedimiento, encuestas de satisfacción, o resultados de pruebas.

¿De qué otra forma podemos compartir su información? - Tenemos permitido, o se nos exige, compartir su información de otras maneras, por lo general, de formas que contribuyan al bien público, por ejemplo, a la salud pública y a tareas de investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley para poder compartir su información para estos fines. Encontrará más información al respecto en:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html>

Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública, por ejemplo:

- Prevención de enfermedades.
- Colaboración para retirar productos del mercado.
- Informes de reacciones adversas a los medicamentos.
- Denuncias de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona.

Para llevar a cabo estudios de investigación: Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones sobre la salud.

Para cumplir con las leyes: Si las leyes estatales o federales lo requieren, divulgaremos la información que tengamos sobre usted. Por ejemplo: Massachusetts Immunization Information Systems (“MIIS”) es un sistema estatal para hacer un seguimiento de las vacunas administradas a usted y su familia. El objetivo es garantizar que todas las personas 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 caso de emergencia o cuando cambie de médico clínico. Puede optar por no participar en el programa, pero su información aún se conservará en la base de datos del MIIS. Optar por no participar solo significa que deberá realizar un seguimiento de los registros de vacunación de su hijo si cambia de médico o se vacuna en otro centro de salud.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos: Compartimos información sobre usted con organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.

Para colaborar con un médico forense o director de funeraria: Podemos compartir información con un médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Para atender a solicitudes respecto de la indemnización de los trabajadores, del cumplimiento de las leyes y otras solicitudes gubernamentales:

- Reclamos de indemnización de los trabajadores.
- Cumplimiento de las leyes: Compartimos su información con funcionarios encargados del cumplimiento de las leyes.
- Supervisión de la salud: Compartimos su información con agencias de supervisión de la salud para que lleven a cabo actividades autorizadas conforme a las leyes.
- Colaboración con funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Para responder a demandas y acciones legales: Podemos compartir información médica sobre usted por orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio (a menos que se apliquen normas estatales más estrictas que impidan dicha divulgación).

Por lo general, le solicitaremos su consentimiento por escrito o una orden de un juez antes de compartir determinada información confidencial sobre usted, por ejemplo:

- Expedientes de consumo de alcohol y sustancias: Consulte el AVISO DE PROTECCIONES ADICIONALES PARA LOS EXPEDIENTES DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS que se adjunta al final de este aviso.
 - Información relacionada con el sida, el complejo relacionado con el sida (AIDS-Related Complex, ARC) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que incluye, entre otros, el estado o los resultados de las pruebas, independientemente de si los resultados de las pruebas son positivos o negativos.
 - Enfermedades de transmisión sexual.
 - Resultados de pruebas genéticas.
 - Consentimiento para el aborto.
 - Asesoramiento para víctimas de violencia doméstica o agresión sexual.
 - Determinada documentación de psicoterapia.
 - Comunicaciones con proveedores de salud mental y trabajadores sociales.
- **Determinados programas de financiamiento federales y estatales.** Somos socios comerciales de numerosas agencias federales y estatales y, por lo tanto, si usted es cliente de una o más de estas agencias, es posible que su información que no lo identifique se comparta con ellas cuando la soliciten según se permita por ley.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- La ley nos exige cuidar la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una filtración que pueda poner en riesgo la privacidad o la seguridad de su información.
- Cumpliremos con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y le entregaremos una copia de este.
- Únicamente compartiremos y usaremos su información en los casos descritos en este aviso, a menos que usted nos autorice por escrito a hacerlo con otro propósito. En caso de que nos autorice, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, comuníquenoslo por escrito.

Encontrará más información al respecto en: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Somos miembros de Community Care Cooperative (C3), una organización de atención responsable (Accountable Care Organization, ACO). Como tales, nos comprometemos a salvaguardar su privacidad y a garantizar que su información personal se maneje con cuidado y respeto. **En nuestros esfuerzos por brindar atención integral e inclusiva, recopilamos información demográfica, que incluye raza, origen étnico, idioma de preferencia, discapacidad, identidad de género y orientación sexual.** Esta información nos ayuda a comprender mejor las diversas necesidades de nuestra comunidad para que podamos satisfacerlas. El acceso a los datos demográficos está restringido; únicamente puede acceder a ellos el personal autorizado.

Se han implementado medidas de protección físicas para evitar el acceso no autorizado, entre ellas: sistemas de archivo seguros y áreas de acceso restringido. Nuestros sistemas de expedientes médicos electrónicos (Electronic Health Record, EHR) están equipados con sólidas medidas de seguridad para proteger contra el acceso no autorizado; entre ellas, el cifrado, la autenticación de usuarios y los historiales de actividad. **La información demográfica se utiliza para adecuar nuestros servicios y programas de modo que satisfagan mejor sus necesidades y preferencias individuales. La información demográfica nunca se utilizará para discriminar o estigmatizar a ninguna persona o grupo. No divulgaremos su información demográfica a terceros sin su consentimiento explícito, salvo que así lo exija la ley.**

SUS DERECHOS

En lo que se refiere a su información médica, usted tiene determinados derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de sus 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 médica que tengamos sobre usted. Consúltenos acerca de cómo hacerlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, por lo general, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos su expediente médico: Puede pedirnos que corrijamos la información sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Consúltenos acerca de cómo hacerlo. Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono fijo o al de la oficina) o que le enviemos correspondencia a una dirección distinta. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que compartimos:

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para brindarle tratamiento, procesar pagos o realizar nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si aceptarla pudiera afectar la atención médica que usted recibe.
- Si usted paga de su bolsillo la totalidad de un servicio o un artículo de atención médica, puede solicitarnos no compartir con su compañía de seguros de salud esa información para procesar pagos o realizar nuestras operaciones. Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido la información:

- Puede solicitar una lista (un informe) de las veces que hemos compartido su información médica en los 6 años anteriores a la fecha de la solicitud, con quiénes la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y determinadas divulgaciones que usted nos haya solicitado.

Obtener una copia del Aviso de privacidad: Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato. **Elegir a una persona para que actúe en su nombre:** Si le ha otorgado a un tercero un poder legal para la atención médica o si un tercero es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

Antes de tomar cualquier medida, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre.

Presentar una queja si considera que no se han respetado sus derechos: Puede presentar una queja si cree que no hemos respetado sus derechos. Comuníquese con el centro donde recibió atención médica o con el oficial de privacidad de Outer Cape Health Services al 508-905-2820. También se puede presentar una queja a estas entidades:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., a esta dirección: US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201; teléfono: 1-877-696-6775 o en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- La Oficina del Coordinador Nacional de Tecnologías de la Información en Salud, en <https://www.healthit.gov/topic/information-blocking>
- Los miembros de C3 pueden presentar una queja formal a Community Care Cooperative (C3), Member Advocates Grievance, 75 Federal Street, 7th floor, Boston, MA 02110; teléfono: 866-676-9226 (TTY 711)

Outer Cape Health Services no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

SUS OPCIONES

En el caso de cierta información médica, puede indicarnos sus preferencias acerca de lo que compartimos. Avísenos si tiene preferencias claras en cuanto a la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que compartamos información:

- Con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica.
- En una situación de ayuda humanitaria.

Si no puede comunicarnos sus preferencias; por ejemplo, si está inconsciente, podremos continuar y compartir su información si consideramos que es lo más conveniente para usted. También podemos compartir información cuando sea necesario para advertir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En los siguientes casos, nunca compartimos su información a menos que nos proporcione un permiso por escrito o una declaración (si así lo exige la ley):

- Para fines de comercialización.
- Para la venta de su información.
- Para compartir la mayor parte de las notas de psicoterapia.

Si prefiere que no nos comuniquemos con usted con el propósito de recaudar fondos, comuníquese con el oficial de privacidad de Outer Cape Health Services al 508-905-2820.

Derecho a cambiar los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso. Los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Podrá obtener el nuevo aviso cuando lo solicite a Outer Cape Health Services; también lo encontrará en nuestro sitio web.

Comuníquese con nosotros

Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso de prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro oficial de privacidad por correo electrónico a: Compliance@OuterCape.org.

AVISO DE PROTECCIONES ADICIONALES PARA LOS EXPEDIENTES DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act Notice of Privacy Practice, HIPAA NPP) aplica a todos nuestros pacientes. Si recibe tratamiento, diagnóstico o una derivación para el tratamiento en uno de nuestros programas designados para trastornos por consumo de sustancias ("Programas de la Parte 2"), la confidencialidad de sus expedientes en dichos programas ("Expedientes de la Parte 2") está sujeta a protecciones adicionales en virtud de las leyes y regulaciones federales del título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), Sección 290dd-2; el título 42 del U.S.C., Sección 290ee-3, y el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.), Parte 2 ("Parte 2").

ESTE AVISO COMPLEMENTA EL NPP DE LA LEY HIPAA Y DESCRIBE:

- I. CÓMO SE PUEDEN USAR Y DIVULGAR SUS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2,
- II. SUS DERECHOS CON RESPECTO A LOS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2, Y
- III. CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA RELACIONADA CON UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O LA SEGURIDAD DE SUS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2, O DE SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SUS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2.

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO (IMPRESA O EN FORMATO ELECTRÓNICO) Y A ANALIZARLO CON EL OFICIAL DE PRIVACIDAD EN Compliance@OuterCape.org SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

I. USOS Y DIVULGACIONES

Nuestros Programas de la Parte 2 pueden usar y divulgar sus Expedientes de la Parte 2 únicamente como se describe en esta sección o con su consentimiento por escrito.

(A) Usos y divulgaciones permitidos sin consentimiento de los Expedientes de la Parte 2:

- Para comunicarse con otros miembros del personal dentro del Programa de la Parte 2 que necesiten información en relación con sus obligaciones de proporcionar un diagnóstico, un tratamiento o una derivación para proporcionar tratamiento, o con personas/consultorios con control administrativo directo sobre el Programa de la Parte 2.
- A organizaciones de servicio calificadas que nos proporcionan servicios a nosotros o en nuestro nombre.
- A las agencias o funcionarios encargados del cumplimiento de las leyes si usted comete un delito, o amenaza con cometerlo, en nuestros centros o contra nuestro personal.
- Para denunciar sospecha de abuso y negligencia infantiles de acuerdo con las leyes estatales.
- Al personal médico en una urgencia médica bajo determinadas circunstancias.
- Para fines de investigación, si se cumplen determinadas normas.
- Al personal calificado para fines de auditoría de gestión y financiera, o evaluación de programas que acepte por escrito cumplir con las limitaciones de uso y nueva divulgación.
- A una autoridad de salud pública, si se ha retirado de manera adecuada la información que lo identifique.

(B) Usos y divulgaciones permitidos que requieren consentimiento:

- Para proporcionar tratamiento, procesar pagos o realizar operaciones relacionadas con la atención médica.
- Nuestro Programa de la Parte 2 le solicitará que proporcione un único consentimiento por escrito para todos los usos o las divulgaciones futuros de su información para proporcionar tratamiento, procesar pagos o realizar operaciones relacionadas con la atención médica, con el fin de garantizar que usted reciba el nivel de atención coordinada más alto. Si no firma este consentimiento, es posible que no le podamos proporcionar tratamiento. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito.
- Tanto nosotros como otro Programa de la Parte 2, una entidad cubierta o un socio comercial podremos divulgar posteriormente, sin su consentimiento, los expedientes que se nos divulguen a nosotros o a otro Programa de la Parte 2, entidad cubierta o socio comercial en virtud de su consentimiento por escrito para proporcionarle tratamiento, procesar pagos o realizar operaciones relacionadas con la atención médica, en la medida en la que las reglamentaciones de la Ley HIPAA autoricen dicha divulgación.
 - Nuestro Programa de la Parte 2 puede realizar usos y divulgaciones no descritos en este aviso únicamente con su consentimiento por escrito.

(C) Derecho a revocar o retirar un consentimiento

Puede revocar o retirar su consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito al Programa de la Parte 2. No usaremos ni divulgaremos sus Expedientes de la Parte 2 después de dicho momento, excepto en la medida en que ya hayamos actuado en función de ellos.

Si el tratamiento se le ordenó a través del sistema judicial penal (incluidos el tribunal de drogas, la libertad provisional o bajo palabra), y usted firma un consentimiento que autoriza divulgaciones a elementos del sistema judicial penal como el tribunal, oficiales de libertad provisional o bajo palabra, fiscales, u otros encargados del cumplimiento de la ley, es posible que su derecho a revocar el consentimiento sea más limitado y se deba explicar de forma clara en el consentimiento que firma.

(D) Usos o divulgaciones en procedimientos judiciales

Sus Expedientes de la Parte 2, o testimonios que transmitan el contenido de dichos expedientes, no se utilizarán ni divulgarán en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo en su contra, a menos que usted proporcione un consentimiento específico por escrito o que una orden judicial en cumplimiento con la Parte 2 autorice dicha divulgación.

Los Expedientes de la Parte 2 se usarán o divulgarán únicamente en virtud de una orden judicial luego de que se le notifique y se le proporcione la oportunidad de ser escuchado a usted o a nuestro Programa de la Parte 2, cuando así lo exija el título 42 del U.S.C, 290dd-2 y el título 42 del CFR, Parte 2.

Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe acompañarse de una citación u otro mandato judicial similar que obligue a la divulgación antes de que se use o divulgue el expediente.

II. Sus derechos relacionados con los Expedientes de la Parte 2

Como paciente de nuestro Programa de la Parte 2, usted cuenta con todos los derechos enumerados en el NPP de la Ley HIPAA, incluido el derecho a solicitar restricciones en las divulgaciones realizadas con consentimiento previo para proporcionar tratamiento, procesar pagos y realizar operaciones relacionadas con la atención médica.

Además, tiene derecho a un informe de las divulgaciones de los Expedientes electrónicos de la Parte 2 realizadas con su consentimiento durante los últimos 3 años, incluidas las divulgaciones para proporcionar tratamiento, procesar pagos y realizar operaciones relacionadas con la atención médica cuando dichas divulgaciones se realicen a través de un expediente médico electrónico.

III. Presentar una queja

Consulte el NPP de la Ley HIPAA para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

Formulario de registro del paciente



HEALTH SERVICES

Información del paciente (Escriba de manera clara, únicamente con tinta NEGRA)				
Nombre legal*	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Nombre que prefiere:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____/____/____			N.º del Seguro Social	

Orientación sexual e identificación de género		
Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No registrado en el certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> No sé/tengo dudas sobre mi sexo al nacer <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____	Sexo legal <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro _____	Pronombres <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Los pronombres con los que me identifico no aparecen en la lista
Orientación sexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> <i>Queer</i> <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra _____	Identidad de género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> <i>Genderqueer</i> o no binario <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otra _____	

Información de contacto			
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Estado	Código postal
Marque con un círculo su número de teléfono principal: Teléfono de casa: () Teléfono celular: () Teléfono del trabajo: ()			
		Preferencias de comunicación Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <i>Los recordatorios de citas se envían de forma predeterminada por mensaje de texto. Marque esta casilla si prefiere los recordatorios por llamada telefónica.</i> <input type="checkbox"/>	
Dirección de correo electrónico		¿Le gustaría registrarse en MyChart? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Información demográfica		
<p><i>Esta información es solo para recopilar datos demográficos; no afectará su atención. Como centro de salud calificado a nivel federal, en Outer Cape Health Services tenemos la obligación de recopilar información demográfica sobre los pacientes que atendemos. La información que usted proporciona es confidencial.</i></p>		
<p>Estado civil</p> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____	<p>Condición de veterano</p> <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Servicio inactivo <input type="checkbox"/> No soy veterano <input type="checkbox"/> Veterano reservista	<p>Origen étnico</p> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> No sé/tengo dudas sobre mi origen étnico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Grupo(s) racial(es) (marque todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Asiático Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> No sé/tengo dudas sobre mi raza

Empleo		
<p>Situación laboral</p> <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado de medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Otro _____	<p>Ocupación</p> <p>Nombre del empleador/escuela</p>	<p>¿Tiene cobertura del seguro de la escuela o del empleador?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Idioma	
<p>Idioma hablado preferido</p> <input type="checkbox"/> Lenguaje americano de señas <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Criollo haitiano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____	<p>Idioma escrito preferido</p> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Criollo haitiano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____

Farmacia preferida	
Nombre de la farmacia _____	Dirección _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Información sobre el seguro	
Cobertura médica	Nombre del plan _____ N.º de suscriptor _____ Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección del suscriptor _____
Cobertura secundaria	Nombre del plan _____ N.º de suscriptor _____ Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección del suscriptor _____
Cobertura de servicios para la visión	Nombre del plan _____ N.º de suscriptor _____ Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección del suscriptor _____

Discapacidad				
1. ¿Tiene dificultades para oír o no oye?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
2. ¿Tiene dificultades para ver o no ve?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
3. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene problemas graves de concentración, le cuesta recordar o tomar decisiones?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
4. ¿Tiene dificultades para caminar o subir escaleras?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
5. ¿Tiene problemas para vestirse o bañarse?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas
6. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer diligencias?	SÍ	NO	Prefiero no responder	No sé/tengo dudas

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Formulario demográfico anual

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Todos los pacientes deben completar este formulario; se les solicitará actualizarlo todos los años. Como centro de salud calificado a nivel federal, estamos obligados a obtener la siguiente información. Esta información se recopila ÚNICAMENTE con fines de subvención, financiamiento y generación de informes. Nunca se incluyen datos de identificación personal. La confidencialidad de la información que se presenta más abajo está amparada por las leyes.

Tamaño de la familia:

¿Cuántas personas conforman el hogar familiar? _____ Prefiero no informarlo

Ingresos:

Teniendo en cuenta a todos los integrantes de la familia: usted, su cónyuge y todos los hijos dependientes (de 18 años o menos que todavía se incluyen como dependientes en su declaración de impuestos federal), ¿cuánto es el ingreso bruto (ingreso antes de impuestos) de su familia?

\$ _____ **Seleccione una opción:** Diario Semanal Mensual Anual
 Prefiero no informarlo

Situación de vivienda

¿Qué opción describe mejor su situación de vivienda?

- Estoy en riesgo de quedarme sin hogar
- Soy menor de edad y estoy en riesgo de quedarme sin hogar
- Ahora tengo hogar, pero no tuve hogar en los últimos 12 meses
- Vivo en un refugio
- Vivo con otras personas
- Tengo hogar
- Vivo en una vivienda de apoyo permanente
- Vivo en un hotel de ocupación individual
- Vivo en la calle, en una carpa, en un puente
- Vivo en una vivienda transitoria
- Soy veterano y estoy en riesgo de quedarme sin hogar
- Prefiero no informarlo

Condición de trabajador migrante/estacional

¿Es trabajador agrícola migrante o estacional? Estacional Migrante Ninguno
 Prefiero no informarlo

Para uso exclusivo del personal: PCP _____



HEALTH SERVICES

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Toda la información que proporcione es estrictamente confidencial y pasará a formar parte de su expediente médico. Responda las preguntas lo mejor que pueda. Puede dejar algunos o todos los campos en blanco, pero su proveedor podría pedirle esa información en la consulta médica.

Complételo únicamente con tinta NEGRA.

Fecha en que se completó: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2.º nombre _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Preferencia en cuanto al género del proveedor de atención primaria

Masculino

Femenino

Indiferente

Fuente de atención médica anterior: (Nombre del proveedor de atención primaria, centro, número de teléfono)

Fecha de su última consulta: _____

¿Ha completado y firmado un formulario de autorización para que su proveedor de atención primaria y especialistas, incluidos proveedores de salud mental, divulguen su expediente médico? Sí No

Si no lo ha hecho, complete y firme los formularios de autorización que correspondan.

AFECCIONES MÉDICAS: Marque con un círculo todas las afecciones que haya tenido.

Alergias o asma	Colesterol (alto)	Presión arterial alta
Reflujo ácido/acidez estomacal	Insuficiencia cardíaca congestiva	Enfermedad pulmonar
Alcoholismo	Depresión o ansiedad	Accidente cerebrovascular
Anemia	Diabetes	Enfermedad tiroidea
Artritis	Trastorno por consumo de drogas o alcohol	Otras (enumérelas):
Protuberancias/quistes en los senos	Enfermedad cardíaca	
Cáncer (tumores)	Hepatitis	

CIRUGÍAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES

Fecha	Tipo de cirugía/motivo	Nombre del hospital

EXÁMENES RECIENTES (p. ej., última mamografía, prueba de Papanicolaou, colonoscopia; solicite los registros previos a los centros donde se los realizaron)

OTROS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS (Equipo de atención al paciente)

Tipo de especialista	Especialista/centro	Tipo de especialista	Especialista/centro
Odontólogo		Ginecólogo/obstetra	
Oftalmólogo		Podólogo	
Dermatólogo		Otro	
Psiquiatra (que le emite recetas)		Otro	
Terapeuta/consejero		Otro	

Tabaco ¿Ha consumido tabaco alguna vez?

Fumador Exfumador Nunca fumé

Si consume o consumía tabaco, ¿durante cuántos años lo hizo? _

Si consume o consumía tabaco, ¿en qué año lo hizo por última vez? ____

Cantidad por día: Cigarrillos _____ Cigarros _____ Vapeador/pipa
Tabaco de mascar _____

Alcohol

¿Con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas en el último año?

Nunca Una vez por mes o menos Dos a cuatro veces por mes
 Dos o tres veces por semana Cuatro o más veces por semana

¿Cuántas bebidas alcohólicas consumió en un día normal cuando bebía en el último año? (1 trago = 12 onzas de cerveza, 4 onzas de vino o 1.5 onzas de bebidas espirituosas)

0 tragos 1 o 2 3 o 4 5 o 6 7 a 9 10 o más

¿Con qué frecuencia consumió seis o más tragos en una ocasión en el último año?

Nunca Menos de una vez al mes Todos los meses Todas las semanas
 Todos los días o casi todos

Salud sexual

¿Cuándo fue la última vez que le hicieron pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS)? _____

¿Ha tenido algún tipo de contacto sexual desde la última vez que se hizo pruebas de detección de ITS?

Sí No

Si tiene alguna inquietud sobre alguna infección de transmisión sexual para la que necesite un tratamiento con mayor urgencia, comuníquese con nuestro personal de salud sexual al 774-538-3350.

Drogas

¿Alguna vez consumió drogas recreativas o ilícitas?

Sí No

¿Alguna vez consumió indebidamente medicamentos recetados o de venta libre?

Sí No

¿Alguna vez usó una aguja para inyectarse drogas que no le recetaron?

Sí No

¿Le gustaría reunirse con un médico clínico para hablar de manera confidencial sobre su consumo de drogas?

Sí No

Violencia doméstica

¿Alguna vez fue víctima de abuso verbal, psicológico o físico?

Sí No

¿Alguna vez alguien de su entorno representó una amenaza para su seguridad?

Sí No

¿Siente que su hogar es un entorno que le brinda protección?

Sí No

Dieta Enumere toda restricción en cuanto a su dieta: _____

Ejercicio ¿Qué tipo de ejercicio hace? _____

¿Cuántas veces a la semana? _____ Duración del entrenamiento _____

Cafeína ¿Qué cantidad de tazas/bebidas toma por día?

Café _____ Gaseosa _____

Té _____ Bebida energética _____

Salud mental ¿Alguna vez tuvo una hospitalización psiquiátrica? Sí No

¿Alguna vez intentó suicidarse? Sí No

Seguridad alimentaria En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado que la comida fuera a acabarse antes de que tuviera dinero para comprar más?

Sí A veces Nunca

Salud de la mujer ¿Está embarazada? Sí No

Fecha de la última menstruación _____ Período cada _____ días durante _____ días

¿Actualmente está tratando de quedar embarazada? Sí No

Si la respuesta es no, ¿qué método anticonceptivo usa? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Usted fue **adoptado**? Historia desconocida Sí No

Familiar	Edad	¿Vive?	Si falleció, escriba la causa	Edad a la que falleció
Madre				
Padre				
Hermanos				
Hijos				
Otro				

Gracias por completar este formulario

Autorización para solicitar información médica protegida

Complete un formulario por proveedor.

Si necesita formularios de solicitud adicionales, puede conseguirlos en nuestro sitio web o en la clínica.



Nombre del paciente	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)
Dirección del paciente	Calle	Ciudad/pueblo		Estado
Número de teléfono del paciente				
<p>Por medio de la presente, autorizo y solicito que se envíe una copia de mis expedientes médicos por correo postal o fax a:</p> <p style="text-align: center;">Outer Cape Health Services P.O. Box 2796, Orleans, MA 02653 Fax: 508-487-6298</p> <p>Por estos motivos: <input type="checkbox"/> Personales <input type="checkbox"/> Legales <input type="checkbox"/> Traspaso de la atención <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Información solicitada: _____ <input type="checkbox"/> Todos los expedientes</p> <p>Para el período comprendido desde el _____ hasta el _____</p>				
Información sobre el consultorio anterior				
Nombre del consultorio				
Dirección del consultorio				
Número de teléfono			Número de fax	

Información protegida por las leyes estatales: Escriba abajo sus	
Tratamiento por abuso de alcohol o	La AUTORIZO. Escriba sus iniciales:
VIH/enfermedades contagiosas*	La AUTORIZO. Escriba sus iniciales:
Pruebas genéticas	La AUTORIZO. Escriba sus iniciales:
Servicios de salud mental	La AUTORIZO. Escriba sus iniciales:
<small>(Servicios de salud mental prestados por un profesional que cuenta con una licencia vigente conforme al título 32: profesional de enfermería clínica especializado, psicólogo, trabajador social, consejero profesional o médico)</small>	

Esta autorización es válida para la divulgación de información médica protegida durante 180 días a partir de la fecha indicada abajo **O hasta cuando aquí se indica** (elijá la opción que corresponda):

- Divulgación por única vez Hasta que se terminen los servicios Hasta que se revoque por escrito Otra

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: _____

Para el consultorio que envía los expedientes:

Envíen **únicamente lo** siguiente:

- Hoja de procedimientos para preservar la salud
- Registro de vacunación
- Último examen físico general
- Notas de las 3 últimas visitas al consultorio
- Resultados de laboratorio de este año y del año pasado
- Todos los informes de patología
- Último informe de la prueba de Papanicolaou y todo informe de resultados anormales
- Última colonoscopia y todo informe de resultados anormales
- Última mamografía y todo informe de resultados anormales
- Última radiografía de tórax y todo informe de resultados anormales
- Todas las imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, estudios de radiología intervencionista
- Notas de todas las consultas de los últimos 2 años, a excepción de todas las de cardiología, oncología, neuropsiquiatría y manejo del dolor
- Todas las pruebas cardiológicas realizadas en los últimos 2 años
- Todas las pruebas neurológicas (EMG, EEG) o pulmonares realizadas en los últimos 2 años
- Resúmenes de alta hospitalaria
- Todos los registros de salud mental de los últimos 2 años

* Se requiere una autorización por separado para cada solicitud de divulgación de los resultados de las pruebas de VIH/sida (conforme al capítulo 111, sección 70F, de las Leyes Generales de Massachusetts).

** La divulgación de información debe cumplir con las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) federal y con las reglamentaciones federales que protegen la confidencialidad de los registros de clientes sobre abuso de alcohol y drogas (título 42, parte 2, del Código de Reglamentaciones Federales). Nota para el destinatario: El presente documento contiene información confidencial. El título 42, parte 2, del Código de Reglamentaciones Federales le prohíbe hacer cualquier otra divulgación de esta información, a menos que la persona a la que pertenece la información lo autorice expresamente por escrito, o según se permita por ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a alguien por abuso de alcohol o drogas.

Por la presente, divulgo mi información médica para los fines indicados anteriormente. Entiendo que una vez que dicha información ha sido divulgada al destinatario previsto, Outer Cape Health Services no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que no se le exija al tercero que cumpla con esta autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el oficial de cumplimiento de Outer Cape Health Services por teléfono al 508-905-2820 o por correo electrónico, a patientexperience@outercape.org.

Envíen todos los expedientes médicos solicitados a:

Outer Cape Health Services

P.O. Box 2796, Orleans, MA 02653

Fax: 508-487-6298

Teléfono: 774-209-3232

Un facsímil o una copia de este documento son tan válidos como el original.

Escanee el documento completado y súbalo al sistema de expedientes médicos electrónicos (EMR): "Consents and Contracts" (Consentimientos y contratos).

Revisado en enero de 2025



HEALTH SERVICES

Autorización para divulgar información al representante del paciente

Al completar el presente formulario y firmarlo:

Autorizo a Outer Cape Health Services a repasar mis antecedentes médicos con mi(s) representante(s) (enumerado[s] a continuación).

Entiendo que esto puede implicar información confidencial, por ejemplo:

- tratamiento por abuso de alcohol o drogas;
- VIH/enfermedades contagiosas;
- pruebas genéticas;
- servicios de salud mental.

También autorizo a mi representante a solicitar en mi nombre una copia de mi expediente médico y acepto que mi representante tendrá que completar un formulario de autorización para solicitar información médica protegida.

Este permiso únicamente expira si lo cancelo o lo modifico, o si fallezco. Puedo cancelarlo o modificarlo en cualquier momento. Debo modificarlo por escrito y enviarlo a Outer Cape Health Services, a la dirección que figura en este formulario. Entiendo que las modificaciones o cancelaciones:

- No afectan la información ya compartida con mis representantes.
- No comienzan hasta que Outer Cape Health Services reciba mi solicitud por escrito.

Si deseo cambiar mis representantes, debo completar un nuevo formulario. Entiendo que cuando completo un nuevo formulario, el anterior ya no es válido. Mis representantes no pueden compartir información sin mi permiso. Si lo hicieran, es posible que la ley federal no proteja esas acciones.

Autorizo a Outer Cape Health Services a hablar con mis representantes. No necesito firmar este formulario para asegurarme de recibir tratamiento.

Mi información: Nombre (del paciente): _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Representante(s) del paciente: Enumere a las personas que serán sus representantes. El personal les pedirá su nombre y fecha de nacimiento antes de hablar con ellas. Asegúrese de que tengan esta información.

1. Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de teléfono: _____

2. Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de teléfono: _____

3. Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de teléfono: _____

Al firmar a continuación, doy permiso a Outer Cape Health Services para hablar con mis representantes aquí mencionados sobre mi información médica, sin restricciones.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si firma el representante legal, indique la relación con el paciente

Envíe este formulario al Departamento de Expedientes Médicos o tráigalo a la clínica:

**Outer Cape Health Services
PO BOX 2796 Orleans, MA 02652
Fax: (508) 487-6298**

Acuerdo de tratamiento, pago y recopilación de datos



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Por el presente, doy mi consentimiento y autorizo a Outer Cape Health Services a tratarme toda afección médica o mental, siempre que el proveedor de atención médica me haya explicado mi afección, los procedimientos y los métodos alternativos de tratamiento. El proveedor de atención médica habló conmigo sobre los riesgos previsibles del tratamiento mencionado y me informó que puede haber resultados indeseables.
- Entiendo que Outer Cape Health Services opera un consultorio de atención primaria que integra servicios de salud conductual, lo que significa que el personal de salud conductual es parte de mi equipo médico y de mi experiencia. Entiendo, además, que recibir tratamiento de un proveedor de salud conductual en un entorno de atención primaria puede ocasionar cargos adicionales para mi seguro. Esto también puede dar como resultado un copago o coseguro adicional. Reconozco que, en caso de que la cobertura sea insuficiente, seré responsable del saldo restante.
- Autorizo exámenes y tratamiento para esta y todas las visitas posteriores para la salud física o mental.
- He leído detenidamente y comprendo plenamente este formulario de consentimiento informado. Todas mis preguntas han sido respondidas de manera adecuada.
- Entiendo que soy responsable de todos los cargos y deducibles. Hay asistencia financiera disponible para quienes reúnan ciertos requisitos.
- Acepto toda responsabilidad respecto del pago de los servicios y respecto de conseguir las derivaciones de mi médico de atención primaria (PCP) o las aprobaciones previas necesarias para las visitas médicas. Si corresponde, comprendo que tengo la obligación de obtener una derivación de mi PCP para poder recibir los servicios de especialistas. Debo obtenerla antes de que me presten los servicios.
- Reconozco que, si las derivaciones/autorizaciones correspondientes no fueron presentadas antes del momento en que se prestan los servicios, soy financieramente responsable de todo cargo que rechace mi compañía de seguros de salud.
- Soy responsable de proporcionar información precisa y actualizada sobre el seguro.
- Autorizo a fotocopiar esta declaración. Las copias tendrán la misma validez que el acuerdo original. Autorizo a que se use esta firma en todas las presentaciones al seguro.
- Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para garantizar los pagos de los beneficios.
- Entiendo que Outer Cape Health Services puede utilizar los datos desarrollados para los clientes, o los que obtuvo de ellos, para determinar las características generales de las comunidades a las que atiende. Entiendo, además, que esta información no identificará de ninguna manera a ningún cliente.
- Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. He recibido una copia de estos documentos de Outer Cape Health Services: el *Aviso de prácticas de privacidad* (para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) y *Derechos y responsabilidades del paciente*.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Información general: Se obtendrá el consentimiento informado de todos los pacientes que accedan a servicios o actividades médicas, de salud conductual o de investigación. El consentimiento informado no es simplemente un documento firmado. Es un proceso constante en el que se tienen en cuenta las necesidades y preferencias **del paciente, el cumplimiento de las leyes y la normativa, y la educación del paciente.**

El paciente o la familia, según corresponda, reciben información sobre lo siguiente:

- El estado del paciente.
- Tratamientos, procedimientos o actividades de investigación propuestos.
- Posibles beneficios e inconvenientes de los tratamientos o procedimientos propuestos.
- Problemas relacionados con la recuperación.
- Tratamientos o procedimientos alternativos.
- El médico u otro profesional de la salud principalmente responsable de la atención del paciente.
- Otras personas que le autoricen o realicen procedimientos o tratamientos.
- Toda relación comercial entre personas que tratan al paciente, o entre la organización y cualquier otro centro de salud.

Outer Cape Health Services forma parte de un acuerdo organizado de atención médica que agrupa a los participantes del sistema OCHIN. Hay una lista actualizada de los participantes de OCHIN en www.ochin.org. Como socio comercial de Outer Cape Health Services, OCHIN le suministra tecnología de la información y servicios relacionados (tanto a Outer Cape Health Services como a otros participantes de OCHIN). OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de prácticas recomendadas y evaluar los beneficios clínicos obtenidos del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de derivaciones de pacientes a recursos internos y externos. Outer Cape Health Services podría compartir su información médica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para realizar operaciones de atención médica conforme al acuerdo de atención médica organizada.

La información de su expediente médico es confidencial y está protegida por las leyes federales y por las leyes de Massachusetts. Se requerirá su consentimiento por escrito para divulgar su información, excepto en determinadas circunstancias en las que el consentimiento no sea exigido por ley.