

Información del paciente				Fecha de hoy: ___ / ___ / ____	
Apellido		Nombre		M.I.	
Fecha de nacimiento ___ / ___ / ____		Número de seguro social - -			
Dirección			Apartamento/unidad #		
Ciudad		Estado	Código Postal		Municipio
Teléfono de Casa		Teléfono Celular		Correo electrónico	

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico anterior, por la presente autorizo a los centros de salud de Northshore a ponerse en contacto conmigo por correo electrónico con boletines electrónicos, recordatorios de bienestar, noticias de salud y actualizaciones sobre los servicios relacionados con la salud ofrecidos por los centros de salud de Northshore.

PADRE O GUARDIÁN #1			
Apellido	Nombre	M.I.	Relación con el paciente
Dirección		Apartamento/unidad #	
Ciudad	Estado	Código postal	

Este sitio es un **centro de salud calificado federalmente (FQHC)**, lo que significa que recibimos una subvención federal que nos permite proporcionar un programa de honorarios con descuento a nuestros pacientes que califiquen. Estamos obligados a proporcionar cierta información a la oficina de atención primaria de salud cada año con respecto a todos nuestros pacientes. La única razón por la que esta información se recoge es para propósitos de informes y respetamos que se trata de información personal y confidencial. Su ayuda es muy apreciada.

Identidad de género	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Género queer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Hombre/mujer-a-varón transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer		
Estado de la vivienda:	<input type="checkbox"/> Duplicación <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Desconocido		Condición military: ¿Es usted un veteran? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Orientación sexual:	<input type="checkbox"/> Recto o heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbianas, gays o homosexuales <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Disminuido		
Raza	<input type="checkbox"/> Amerindio o natural de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Natural Hawaiano <input type="checkbox"/> Natural de Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> No respuesta <input type="checkbox"/> Caucásico		
Origen étnico	Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se		
Idioma primario	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Desempleados	
Ingresos (marque el monto)	<input type="checkbox"/> \$0 – 10,900 <input type="checkbox"/> \$10,901 – 18,100 <input type="checkbox"/> \$18,101 – 27,225 <input type="checkbox"/> \$27,226 – 40,099 <input type="checkbox"/> \$40,100 – 55,000 <input type="checkbox"/> \$55,001 – 65,000 <input type="checkbox"/> \$65,000+		Personas que viven en su hogar
Proveedor de atención primaria:	Farmacia preferida:	Dirección de Farmacia:	

CONTACTO DE EMERGENCIA		
Nombre	Relación	Teléfono

PROVEEDORES DE SALUD ACTUALES		
¿tiene un proveedor de atención médica anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Si sí – por favor enumere:</i>
¿tiene un dentista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Si sí – por favor enumere:</i>

¿CÓMO SE ENTERO DE NOSOTROS?	
<input type="checkbox"/> Familia o amigo <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Billboard <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Páginas amarillas <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Folletos <input type="checkbox"/> Correo directo <input type="checkbox"/> Evento comunitario <input type="checkbox"/> Médico/hospital <input type="checkbox"/> Otros _____ (Sírvase especificar)	

Historial médico (por favor marque los que se aplican):

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Hepatitis – tipo _____	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Anestésico	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas sinusales
<input type="checkbox"/> Epinefrina	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Movimiento
<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Trastornos mentales	<input type="checkbox"/> Cirugías (especificar)
<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Sulfa	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Traumatismos craneales	<input type="checkbox"/> Tratamiento radiológico	
<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales – (especificar)	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas		

Historia social (por favor marque las que se aplican):

<p>Uso del Tabaco Fumador actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cigarrillos: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Fecha de cierre: _____ Número de paquetes/día _____ Número de años _____</p> <p>Otros Tabaco <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Masticar</p>	<p>Consumo de alcohol ¿bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de bebidas/semana _____</p> <p>Uso de drogas ¿usted actualmente o usted ha usado en el pasado alguna droga recreacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

- ¿ha tenido alguna vez alguna complicación después del tratamiento dental? Sí No
Si es así, por favor explique: _____
- ¿ha sido hospitalizado o ha necesitado atención de emergencia durante los últimos dos años? Sí No
Si es así, por favor explique: _____
- ¿está usted ahora bajo el cuidado de un médico? Sí No
Si es así, por favor explique: _____
Nombre del médico: _____ Teléfono: _____
- ¿tiene algún problema de salud que necesite más aclaración? Sí No
Si es así, por favor explique: _____
- ¿está usted actualmente en algún diluyente de la sangre? Sí No
- Sírvase enumerar los medicamentos que esté tomando actualmente: _____
- mujeres: ¿está embarazada o piensa que puede estar embarazada? Sí No

History Review
Dentist Signature: _____ **Date:** _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO	
Nombre de la empresa:	Teléfono del seguro:
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ____
Número de document de identidad:	Número de grupo:
Número de seguro social: - -	Empleador:
Nombre secundario de la empresa:	Teléfono del seguro:
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ____
Número de document de identidad:	Número de grupo:
Número de seguro social: - -	Empleador:

Responsabilidades del paciente

Es nuestro objetivo en los centros de salud de Northshore para proporcionarle atención médica de calidad. Queremos trabajar juntos para su salud. Para darle el mejor cuidado posible, su cooperación es esperada y apreciada.

Como paciente de Northshore, usted es responsable de:

Sus interacciones personales

- Sea considerado con otros pacientes y personal y para ayudar en el control del ruido.
- Sea respetuoso con la propiedad de otros pacientes, personal, y de los centros de salud de Northshore.
- Tratar a todo el personal y a otros pacientes con respeto.
- No haga declaraciones amenazantes o ofensivas en las instalaciones del centro de salud de Northshore.
- No se involucre en ningún acto de violencia física o otro comportamiento amenazador o inapropiado en las instalaciones del centro de salud de Northshore.

Participación activa en su cuidado

- Participar en las decisiones de atención de manera respetuosa y cortés y seguir el plan de atención acordado. Si tienes alguna pregunta, sólo pregunta. Si usted no puede cumplir con su plan de cuidado, comuníquelo con el personal.
- Dar información completa y honesta sobre todas las formas y en la conversación. Reporte cualquier cambio en su condición general, síntomas, alergias, etc. Lleve una lista de sus medicamentos con usted a sus citas.
- Aparezca para sus citas a tiempo y proporcione 24 horas de aviso para cancelar o reprogramar. Si tiene dos citas sin presentación, ya no podrá concertar una cita. Puede entrar y esperar hasta que se disponga de una abertura. En los centros de salud de Northshore, siempre nos esforzamos para hacer su experiencia lo más agradable y positiva posible.

Reconocimiento del paciente de la obligación financiera

Northshore Health Centers es un centro de salud calificado federalmente (FQHC) que está sujeto a la sección 330 de la ley del servicio de salud pública. La sección 330 especifica que los centros de salud deben asegurar que no se niegue a ningún paciente los servicios debido a su incapacidad para pagar por tales servicios. También requiere que los centros de salud adopten políticas y procedimientos escritos para maximizar las colecciones y los reembolsos por sus costos en la prestación de servicios de salud. No somos una "clínica gratuita", sino que podemos ofrecer honorarios razonables una vez que se revisan las situaciones individuales.

Como paciente de Northshore, usted es responsable de:

- Contribuir al costo de su cuidado y tratamiento como mi cobertura de seguro de salud requiere y basado en su capacidad de pagar según lo determinado por las pólizas de Northshore;
- Proporcionar a los centros de salud de Northshore la información que necesita para recibir el reembolso por el tratamiento o los servicios que proporciona;

- Solicitar la consideración para los honorarios descontados bajo escala de la tarifa que resbala de Northshore basado en su nivel de ingreso, y proporcionar la documentación para apoyar la elegibilidad para los honorarios descontados que se pueden solicitar;
- Pagando un cargo de \$25,00 si no aparece para su cita y no llama dentro de 24 horas para cancelar o reprogramar;
- Pagar sus honorarios por servicios médicos, de salud conductual o dentales recibidos en Northshore por completo al momento del servicio;

Si el pago no se recibe en un plazo de 60 días, su cuenta será entregada a nuestra agencia de cobranzas. **El paciente acuerda pagar todos los costos incurridos con la recolección de cualquier cuenta vencida, incluyendo un honorario fijo de \$25 y un mínimo de \$125 en honorarios legales incluyendo costo de la corte, y honorarios del abogado**

Asignación y liberación

Por el presente autorizo a todo tratamiento que estime necesario el personal médico de los centros de salud de Northshore. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos o cualquier otro proceso de cobro. Solicito que cualquier dinero debido a mí para el beneficio médico sea asignado a los centros de salud de Northshore. Me doy cuenta de que soy responsable de cualquier diferencia. Acepto pagar mis honorarios en el momento del servicio y todos los honorarios asociados con el proceso de cobro incluyendo pero no limitado a, honorarios de abogado y costo de la corte si mi cuenta se convierte en delincente. He leído a través de las políticas anteriores y entiendo las responsabilidades que tengo como paciente Northshore.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

ESTE FORMULARIO ES PARA PROTEGER SU CONSENTIMIENTO PARA USAR O REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

1. Paciente individual (o representante personal) confirmando el consentimiento

Doy mi consentimiento para usar o revelar mi información de salud protegida como se describe a continuación. Doy este consentimiento voluntariamente.

Nombre del paciente individual: _____

Su dirección: _____

Su número de teléfono: _____

Su fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su número de seguro social _____

INCLUYENDO PROXY PADRE (PORTAL DEL PACIENTE)

Nombre a la gente y/o organización que usted está dando el consentimiento para que ellos reciban y utilicen su información protegida de la salud, junto con su relación a usted. _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE INDIVIDUAL

1. Poner fin a este consentimiento

Este consentimiento expirará un año después de que este formulario haya sido completado por el paciente o el representante legal del paciente. Para poner fin a este consentimiento antes de que finalice un año, el paciente o el representante legal del paciente tendrá que notificar por escrito a los centros de salud de Northshore.

2. Cambiando de opinión sobre este consentimiento

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento dando una notificación por escrito al gerente de registros médicos en el centro de salud de Northshore. Sin embargo, entiendo que no puedo revocar este consentimiento por cualquier acción tomada antes de la recepción de mi notificación por escrito para revocar este consentimiento. Además, entiendo que si estoy dando el consentimiento como una condición para obtener la cobertura de seguro, y revocar este consentimiento, la compañía de seguros tiene derecho a impugnar mis reclamaciones bajo la póliza de seguro.

3. Firma del paciente individual

He tenido la oportunidad de leer el contenido de este formulario de consentimiento y estoy de acuerdo con todas las declaraciones hechas en este consentimiento. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi consentimiento para el uso y/o divulgación de la información de salud protegida descrita en este formulario con las personas y/o las organizaciones mencionadas en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este formulario de consentimiento es firmado por un representante personal para el paciente individual:

Nombre del representante personal: _____

Nombre en letra molde

Firma

Relación con el paciente individual: _____

USTED TIENE EL DERECHO DE TENER UNA COPIA DE ESTO DESPUÉS DE FIRMAR

Reconocimiento de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido y entiendo el aviso de prácticas de privacidad de Northshore Health Center que contiene una descripción de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo además que el centro de salud de Northshore puede actualizar su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento y que yo pueda recibir una copia actualizada de la notificación de prácticas de privacidad de Northshore Health Center enviando una solicitud por escrito para una copia actual de Northshore Aviso de prácticas de privacidad del centro de salud.

Nombre en letra de molde

Firma del paciente

Fecha

Si es completado por el representante personal del paciente, por favor escribe el nombre y firme abajo.

Nombre del representante personal en letra de molde

Relación con el paciente

Firma del representante personal en letra de molde

Fecha

Sólo para uso oficial del centro de salud Northshore

Complete este formulario si no puede obtener la firma del representante personal del paciente o del paciente.

El centro de salud de Northshore hizo un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento escrito por el paciente de la notificación de prácticas de privacidad, pero no pudo hacerlo por las razones documentadas a continuación:

- El representante personal del paciente o del paciente se negó a firmar
- El representante personal del paciente o del paciente no puede firmar
- Otros _____

Nombre de empleado en letra de molde

Firma del empleado

Fecha

AVISO DE PAUTAS DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

HP 1.2 Adjunto A

Fecha de vigencia: mayo 2016

Revisión: anualmente

Por favor revise cuidadosamente.**1. Introducción**

El centro de salud de Northshore es requerido por la ley para mantener la privacidad de su información de salud y para proveer a las personas con aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud. El centro de salud de Northshore está obligado a cumplir con los términos de la notificación actualmente vigente. El centro de salud de Northshore se reserva el derecho de cambiar los términos de su aviso y de hacer que las nuevas provisiones de aviso sean efectivas para todos los PHI que mantiene.

Este aviso de prácticas y políticas de privacidad describe nuestras prácticas, políticas y deberes legales para mantener la confidencialidad y proteger contra la divulgación prohibida de la información de salud protegida ("PHI") bajo las regulaciones de privacidad encomendadas por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico ("HIPAA") y ampliado aún más por la ley de tecnología de la información sanitaria para la salud clínica económica ("HITECH").

PHI incluye su información demográfica como nombre, dirección, número de teléfono y familia; información pasada, presente o futura sobre su salud física o mental o su condición; e información sobre los servicios médicos que se le brindan, incluyendo información de pago, si alguna de esa información puede ser usada para identificarle. Su PHI puede ser mantenida por nosotros electrónicamente y/o en papel.

Este aviso describe los usos y revelaciones de PHI a las que usted ha consentido, que se le puede pedir que autorice en el futuro, y que son permitidos o requeridos por la ley estatal o federal. Además, le asesora de sus derechos de acceso y control de su PHI.

Podemos enmendar este aviso de prácticas y políticas de Privacidad periódicamente. El nuevo aviso será efectivo para todos los PHI que mantengamos en ese momento. A petición suya, le proporcionaremos cualquier notificación revisada de prácticas de privacidad o puede obtener una copia accediendo a nuestro sitio web en www.northshorehealth.org llamando a la oficina, 219-763-8112 y solicitando que se le envíe una copia revisada por correo, o pidiéndole para uno en el momento de su próxima cita.

Consideramos que la salvaguardia de su PHI es un deber importante. Los elementos de este aviso y cualquier autorización que usted pueda firmar son requeridos por la ley estatal y federal para su protección y para asegurar su consentimiento informado al uso y divulgación de PHI necesario para apoyar su relación con Northshore Health Center.

Si tiene alguna pregunta sobre las prácticas y políticas de privacidad de Northshore Health Center, comuníquese con Tasha Kozar al número 219.763.8112 en ext 2401.

2. Salvaguardar la PHI dentro de nuestra práctica

Tenemos en su lugar salvaguardias administrativas, técnicas y físicas apropiadas para proteger y asegurar la privacidad y seguridad de su PHI. Orientamos a nuestro personal a las regulaciones y políticas desarrolladas para proteger la privacidad de su PHI, y revisar su obligación de mantener la privacidad y la seguridad anualmente. Tenemos registros médicos en un área segura dentro de nuestra práctica, y nuestro sistema de registro médico electrónico es monitoreado y actualizado para enfrentar los riesgos de seguridad de acuerdo con la regla de seguridad de HIPAA. Sólo los miembros del personal que tienen una "necesidad de saber" legítimos se les permite el acceso a sus registros médicos y otras PHI.

Nuestro personal entiende la obligación legal y ética de proteger su PHI y que una violación de este aviso de prácticas y políticas de privacidad puede resultar en una acción disciplinaria de acuerdo con nuestras políticas de recursos humanos.

3. Usos y divulgaciones de PHI

Como parte de nuestros materiales de registro, le solicitaremos su consentimiento por escrito para que nuestra práctica utilice y divulgue su PHI para los siguientes tipos de actividades:

- **Tratamiento.** El tratamiento significa la provisión, coordinación o administración de su atención médica y servicios relacionados por parte de Northshore Health Center y proveedores de atención médica involucrados en su cuidado. Los estudiantes y/o pasantes pueden ser miembros del equipo de atención médica. Incluye la coordinación o la gestión de la atención de salud por un proveedor

Dental Registration Form - Adult

con una compañía de seguros de terceros, la comunicación con los proveedores de laboratorio o de imágenes para los resultados de los exámenes, la consulta entre nuestro personal clínico y otros proveedores de atención médica relacionados con su cuidado , o nuestra derivación de usted a un médico o a un establecimiento especializado.

- **Pago.** El pago significa que nuestras actividades para obtener el reembolso de los servicios médicos que se le proporciona, incluyendo la facturación, la gestión de reclamaciones, y las actividades de recolección. El pago también puede incluir los esfuerzos de su compañía de seguros para determinar la elegibilidad, procesamiento de reclamaciones, evaluación de la necesidad médica y revisión de la utilización. El pago también puede incluir actividades realizadas en nuestro nombre por una o más de nuestras agencias o agentes de cobranza para asegurar el pago de facturas atrasadas.
- **Operaciones de atención médica.** Las operaciones de atención de salud significan las actividades empresariales legítimas de nuestra práctica. Estas actividades pueden incluir evaluaciones de calidad, mejoramiento y actividades de solución de problemas de sistemas; cumplimiento de fraude y abuso; Planificación y desarrollo de negocios; solución de problemas de sistemas de información; y gestión empresarial y actividades administrativas generales. Esto también puede incluir el contacto con usted a través del teléfono u otros medios electrónicos para recordarle las citas, o utilizar un servicio de traducción si necesitamos comunicarnos con usted en persona, o por teléfono, en un idioma que no sea el inglés. Cuando involucremos a terceras partes en nuestras actividades comerciales, haremos que firmen un acuerdo de negocios asociado que los obligue a salvaguardar su PHI de acuerdo con las mismas normas legales que seguimos.

4. Intercambio electrónico de PHI

Podemos transferir electrónicamente su PHI a otros proveedores de atención médica. También podremos transmitir su información a su compañía de seguro médico electrónicamente.

5. Usos y divulgaciones de PHI basado en su autorización escrita

Otros usos y divulgaciones de su PHI serán hechos solamente con su autorización escrita específica. Esto le permite solicitar que Northshore Health Center revele la PHI limitada a individuos o compañías especificados para un propósito y un plazo definidos. Por ejemplo, usted puede desear autorizar divulgaciones a personas que no están involucradas en el tratamiento, pago, o operaciones de atención médica, tales como un miembro de la familia o un programa de educación física de la escuela. Si usted desea que nosotros hagamos revelaciones en estas situaciones, le pediremos que firme una autorización que nos permita revelar esta PHI a las partes designadas.

6. Usos y divulgaciones de PHI permitidos o requeridos por la ley

En algunas circunstancias, nosotros podemos estar legalmente obligados a usar o revelar su PHI sin su consentimiento o autorización. La ley de privacidad estatal y federal permite o requiere tal uso o revelación, independientemente de su consentimiento o autorización en ciertas situaciones, incluyendo, pero sin limitarse a:

- **Emergencias.** Si usted está incapacitado y requiere tratamiento médico de emergencia, nosotros usaremos y revelaremos su PHI para asegurar que usted reciba los servicios médicos necesarios. Intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea práctico después de su tratamiento.
- **Otras personas involucradas en su salud:** por su autorización verbal, podemos revelar a un miembro de la familia, amigo cercano u otra persona que usted designe solamente esa PHI que se relaciona directamente con la participación de ese individuo en su salud y tratamiento. También es posible que necesitemos usar la PHI para notificar a un miembro de la familia, representante personal o a otra persona responsable de su cuidado de su ubicación y condición general.
- **Barreras de comunicación.** Si intentamos, pero no podemos obtener su consentimiento para usar o revelar su PHI debido a las barreras de comunicación substanciales y su médico, usando su juicio profesional, infiere que usted da su consentimiento para el uso o divulgación, o el médico determina que un la divulgación es en su mejor interés, Northshore Health Center puede permitir el uso o divulgación.
- **Requerido por ley:** podemos revelar su PHI en la medida en que su uso o divulgación sea requerido por la ley. Esta divulgación se realizará en cumplimiento de la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley.
- **Actividades de salud pública/regulatorias:** podemos revelar su PHI a una autoridad de salud pública autorizada para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o para cumplir con la ley de abuso o negligencia del niño o adulto del estado. Estamos obligados a reportar sospechas de abuso y negligencia a la agencia regulatoria apropiada.
- **Administración de medicamentos y alimentos:** podemos revelar su PHI a una persona o compañía como lo requiere la administración de alimentos y medicamentos para informar sobre eventos adversos, defectos o problemas del producto, desviaciones de productos biológicos, así como para rastrear el uso del producto, permitir la rellamada de productos , hacer reparaciones o reemplazos o realizar una vigilancia post-marketing.

Dental Registration Form - Adult

- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos revelar su PHI a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y otras actividades necesarias para la supervisión apropiada del sistema de atención de salud y programas de beneficios gubernamentales como Medicare y Medicaid.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Sólo podremos revelar su PHI en el transcurso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden judicial que dirija expresamente la divulgación, o de acuerdo con la obligación estatutaria específica que nos obligue a hacerlo, o con su permiso.
- **Actividades de aplicación de la ley.** De acuerdo con la ley del estado de Indiana, no podemos revelar su PHI a un oficial del orden público para fines de cumplimiento de la ley sin orden judicial, obligación estatutaria o autorización del paciente.
- **Médico de forenses, examinadores médicos, directores funerarios y organizaciones de donación de órganos:** podemos revelar su PHI a un forense o examinador médico con el propósito de identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte u otros deberes legales. También podemos revelar su PHI para permitir que un director funerario lleve a cabo sus deberes legales. La PHI se puede también divulgar a los bancos de órgano para el órgano, el ojo, el hueso, el tejido y otros propósitos de la donación.
- **Investigación.** Podemos revelar su PHI para ciertas investigaciones médicas o científicas, cuando las apruebe una junta de revisión institucional y donde los investigadores tengan un protocolo para asegurar la privacidad de su PHI.
- **Serias amenazas a la salud o seguridad.** Podemos revelar su PHI para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Actividad militar y seguridad nacional.** Podemos revelar la PHI de los miembros de las fuerzas armadas para las actividades consideradas necesarias por las autoridades de mando militares apropiadas para asegurar la ejecución apropiada de la misión militar. También podremos revelar su PHI a ciertos funcionarios federales para la inteligencia legal y otras actividades de seguridad nacional.
- **Compensación al trabajador:** nosotros podemos revelar su PHI como autorizada para cumplir con la ley de compensación al trabajador.
- **Reclusos de un centro correccional:** podemos usar o revelar PHI si usted es un preso de un centro correccional y nuestra práctica creó o recibió su PHI en el curso de proveerle atención mientras estaba bajo custodia.
- **Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos:** debemos revelar su PHI a usted a petición y al Secretario del Departamento de salud de los EE.
- **Actividades de socorro en casos de desastre:** podemos revelar su PHI a las agencias locales, estatales o federales que se dedican a la ayuda en casos de desastre y a organizaciones privadas de asistencia en casos de desastre (como la Cruz Roja si está autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre).

7. Sus derechos con respecto a PHI

- **Derecho a solicitar la restricción de usos y divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar que no usemos o divulguemos ninguna parte de su PHI a menos que sea un uso o divulgación requerido por la ley. Por favor, indíquenos la PHI específica que desea restringir y el individuo (s) que no debe recibir la PHI restringida.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción, con una excepción *, pero si estamos de acuerdo con la solicitud, no usaremos ni divulgaremos la PHI restringida a menos que sea necesario para el tratamiento de emergencia. En ese caso, pediremos que el destinatario no utilice o divulgue la PHI restringida. Usted puede solicitar restricciones e identificar las partes a ser restringidas por escrito al director de información médica.

* Si usted solicita que el acceso sea restringido a su PHI para servicios para los cuales usted se ha pagado completamente fuera de su bolsillo y no se pone a disposición de su compañía de seguros, debemos aceptar su solicitud.

- **Derecho de acceso a la PHI.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI en su solicitud por escrito. En circunstancias muy limitadas, podemos negar el acceso a sus registros médicos. Para solicitar acceso a su registro médico llame al centro de salud Northshore durante las horas de trabajo. Responderemos a su solicitud lo antes posible, pero no más tarde de los 30 días de la fecha de su solicitud. Si se niega el acceso, recibirá una carta de denegación en un plazo de 30 días. Hay un proceso de apelaciones. Tenemos el derecho de cobrar un honorario razonable por proporcionar copias de su PHI.
- **Derecho a comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho a un alojamiento razonable de una solicitud para recibir la comunicación de PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, usted puede desear que su factura sea enviada a una dirección que no sea su casa. Por favor haga su solicitud por escrito a Northshore Health Center. No requeriremos una explicación de sus razones para la solicitud, e intentaremos cumplir con las peticiones razonables, pero se le requerirá que asuma cualquier costo asociado con el envío de su PHI por medios alternativos. **Tenga en cuenta: la información de salud personal será discutida en la sala de examen. Si hay otros que le acompañen a la sala de examen, es su responsabilidad pedirles que salgan de la sala de examen si no quiere que estén presentes durante su comunicación con el proveedor.**

Dental Registration Form - Adult

- **Derecho a enmendar la PHI.** Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su PHI. Su petición debe ser hecha por escrito a nosotros. Responderemos a su solicitud lo antes posible, pero no más tarde de 60 días a partir de la fecha de su solicitud. Si negamos su solicitud de enmendar, usted tiene el derecho de presentar una declaración escrita en desacuerdo con la negación; Northshore Health Center también tiene el derecho de presentar una declaración de refutación. Un registro de cualquier desacuerdo acerca de la enmienda pasará a formar parte de su expediente médico y podrá ser incluido en las revelaciones subsecuentes de su PHI.
- **Derecho a la contabilidad de las divulgaciones.** Sujeto a ciertas limitaciones, usted tiene el derecho a una contabilidad escrita de las divulgaciones por nosotros de su PHI por no más de 6 años antes de la fecha de su solicitud. Su derecho a una contabilidad se aplica a las divulgaciones que no sean las de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Por favor haga su petición por escrito a nosotros. Responderemos a su solicitud lo antes posible, pero no más tarde de 60 días a partir de la fecha de su solicitud. Le proporcionaremos una contabilidad cada 12 meses sin cargo. Cargaremos un honorario razonable basado en nuestros costos para cualesquiera peticiones subsecuentes de la contabilidad.
- **Derecho a una copia de nuestra notificación de prácticas y políticas de privacidad.** Le pediremos que firme un acuse de recibo por escrito de nuestra notificación de prácticas y políticas de privacidad. Podemos enmendar periódicamente este aviso de prácticas y políticas de privacidad y usted puede obtener un aviso actualizado en cualquier momento.

8. Procedimiento de quejas

- **Dentro de nuestra práctica:** Si usted tiene una queja sobre la negación de cualquier de los derechos específicos enumerados en la sección 7 arriba, sobre nuestro aviso de prácticas y políticas de privacidad, o sobre nuestro cumplimiento con la ley de privacidad estatal y federal usted puede obtener más información acerca del proceso de quejas poniéndose en contacto con el centro de salud Northshore al 219-763-8112. Responderemos a su queja por escrito dentro de los plazos indicados en la sección 7, o en cualquier caso, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su queja.
- **Fuera de nuestra práctica:** Si usted cree que Northshore Health Center no está cumpliendo con sus obligaciones legales para proteger la privacidad de su PHI, usted puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, oficina de derechos civiles.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

9. Comercialización y recaudación de fondos: NorthShore Health Center puede usar la información de los pacientes para el propósito de las recaudaciones de fondos de la organización de North Shore Health Centers. La información usada será limitada a información de contacto y las fechas de los servicios prestados.

- **El derecho de los pacientes a "excluirse":** el centro de salud de Northshore proporcionará a todos los pacientes la oportunidad de "optar por salir" de tener tal información usada para propósitos de desarrollo. Para ello, pedimos a los pacientes que se comuniquen con nuestra oficina, 219-763-8112
- **Uso de mercadeo:** Northshore Health Center obtendrá una autorización del paciente para el uso o divulgación de PHI para propósitos de mercadeo. Si se espera que la comercialización produzca una remuneración directa o indirecta de un tercero, se notificará a la persona que dicha remuneración se espera.

10. Notas de psicoterapia

- Northshore Health Center obtendrá una autorización para el paciente para el uso o divulgación de notas de psicoterapia.

11. Notificación de incumplimiento

- Los centros de salud de Northshore reconocen los derechos de nuestros pacientes a la notificación después de un incumplimiento de la PHI no garantizada como se indica y requerido por HIPAA. Las personas afectadas serán notificadas sin demora razonable, pero en ningún caso más tarde de 60 (60) días calendario después del descubrimiento, a menos que se indique lo contrario por la aplicación de la ley u otras leyes estatales o locales aplicables.

12. Fecha de vigencia.

- Este aviso es efectivo a partir del 2016 de mayo.

Queridos pacientes,

Para servirle mejor, nuestro personal tiene información para los siguientes servicios. Por favor marca cuales usted está interesado o necesita el acceso a y devuelve esta forma a la recepcionista así que podemos ayudarle mejor.

- Programa de cuidado prenatal o familiar
 - GED/educación para adultos y alternativas
 - Vivienda
 - Ropa
 - Cupones de alimentos
 - Visión
 - Alquiler o asistencia hipotecaria
 - Asistencia de emergencia
 - Hogar medico
 - Ley de atención asequible
 - Asistencia para la violencia doméstica
 - Rehabilitación del abuso de drogas
 - Refugios para desamparados-
- Dental
 - Empleo
 - Despensas de alimentos
 - Asistencia en servicios públicos
 - Asistencia jurídica
 - Seguridad social
 - Cuidado de niños
 - Necesidades especiales/educación especial
 - Presupuesto y gestión monetaria
 - Reparación de crédito
 - Programa WIC
 - Asistencia de artículos para bebés/niños

Si ha comprobado la casilla "refugios para indigentes",
sírvese especificar: Condado de Lake Condado de Porter

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de teléfono: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Dental Registration Form - Adult

Gracias por elegir NorthShore Health Centers. Siempre estamos buscando maneras en que podemos mejorar nuestra calidad de atención y servir mejor a nuestros pacientes. Por favor complete la siguiente información seleccionando la respuesta más apropiada.

1. ¿Qué tan probable es que usted recomiende nuestro servicio a un amigo o colega?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No es probable **Muy probable**

2. el ambiente de la oficina, la limpieza y la comodidad incluyendo sitio del examen, área de espera paciente, cuartos de baño, etc. en Northshore era:

Excelente **muy Buena** **buena** **Feria** **pobre**

3. ¿el personal de recepción y los recepcionistas de la oficina de este proveedor le tratan con cortesía y respeto?

Excelente **muy Buena** **buena** **Feria** **pobre**

4. el tiempo de espera incluye el tiempo que se pasa en la sala de espera y sala de examen. En su última cita en Northshore, ¿cuál fue su tiempo total de espera?

Menos de 10 **10-15** **16-30** **31-45** **Sobre 45**

5. nivel de confianza en el plan de cuidado de mi proveedor:

Excelente **muy Buena** **buena** **Feria** **pobre**

6. ¿Qué tan bien el proveedor le escuchó cuidadosamente y explicó las cosas de una manera que era fácil de entender?

Excelente **muy Buena** **buena** **Feria** **pobre**

7. ¿este proveedor pasó suficiente tiempo con usted?

Excelente **muy Buena** **buena** **Feria** **pobre**

8. cuando usted telefoneó a la oficina de este proveedor para obtener una cita para la atención que necesitaba de inmediato, ¿con qué frecuencia se le hizo una cita tan pronto como lo necesitó?

Siempre **generalmente** **a veces** **nunca** **N/a**

9. cuando llame a la oficina de este proveedor después de horas de oficina regulares, ¿con qué frecuencia se le dio una respuesta a sus preguntas médicas tan pronto como lo necesitó?

Siempre **generalmente** **a veces** **nunca** **N/a**

10. cuando el proveedor ordenó un examen de sangre, rayos x u otra prueba para usted, ¿con qué frecuencia alguien de Northshore le dio seguimiento para darle esos resultados?

Siempre **generalmente** **a veces** **nunca** **N/a**

11. ¿alguien en Northshore Health Centers habló con usted acerca de metas específicas para su salud?

Siempre **generalmente** **a veces** **nunca** **N/a**

12. Si usaste el portal del paciente en los últimos 6 meses, ¿para qué servicios lo usaste? (marque todo lo que corresponda)

Comunicación con el médico	Pagar factura
Medicamentos de recarga	Programar cita
Ver registros de salud	N/a – no tengo cuenta de portal
Solicitar referencias	N/A – tengo una cuenta pero no la utilizo
Resultados de laboratorio	

13. número de visitas a la oficina que has tenido en los últimos 2 años:

0-1 **2-5** **6-10** **11-30** **31-60** **61-100** **100+**

14. su género

Mujer **masculine**

15. su grupo de edad:

18-24 **25-34** **35-44** **45-54** **55-64** **Sobre 64**

Por favor añada cualquier comentario adicional:

Circle Location: Stacy Mckay Scottsdale Lake Station Lake Station-Dental Merrillville Hammond Chesterton