



“Mantener atención médica de calidad en el vecindario.”

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Nombre Preferido: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social#: _____ Idioma Preferido: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de Casa #: _____ Teléfono Celular #: _____ Correo Electrónico: _____

Si el paciente tiene menos de 18 años, por favor proporcione la información del tutor:

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa #: _____ Teléfono Celular #: _____ Correo Electrónico: _____

¿Le gustaría acceder a sus registros médicos a través de Internet/Portal del Paciente? Sí, por favor proporcione el correo electrónico arriba No

Género Asignado al Nacer: Elija Uno <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Estado Civil: (Elija Uno): <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a
Raza: Elija todas las que correspondan: <input type="radio"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o Afroamericano <input type="radio"/> Hawaiano Nativo <input type="radio"/> Otra Islaño del Pacífico <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> No informado/Se niega a informar la raza	Etnicidad: (Elija uno) <input type="radio"/> Hispano o Latino <input type="radio"/> No Hispano o No Latino <input type="radio"/> Se niega a informar la etnicidad

En caso de emergencia, ¿con quién Podemos comunicarnos?

Apellido: _____ Nombre: _____ Contacto: _____

Farmacia Preferida: _____ Teléfono: _____

Información financiera: Athens Neighborhood Health Center es una organización financiada federalmente que debe obtener el estado financiero de sus pacientes para seguir recibiendo fondos: **POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACION.**

Estado del Seguro: Seguro Privado Medicare Medicaid No Seguro

¿Desea solicitar descuentos en tarifas basados en los ingresos y el tamaño de su hogar? Sí No

TAMAÑO DEL HOGAR E INGRESO ANUAL COMBINADO

Circule el rango en relación con el tamaño de su familia que mejor describa el ingreso de su hogar.

Miembros del Hogar	Ingresos del Hogar				
	Menos de \$15,960	\$19,950	\$23,940	\$27,930	\$31,920
1	Menos de \$21,640	\$27,050	\$32,460	\$37,870	\$43,280
2	Menos de \$27,320	\$34,150	\$40,980	\$47,810	\$54,640
3	Menos de \$33,000	\$41,250	\$49,500	\$57,750	\$66,000
4	Menos de \$38,680	\$48,350	\$58,020	\$67,690	\$77,360
5	Menos de \$44,360	\$55,450	\$66,540	\$77,630	\$88,720
6	Menos de \$50,040	\$62,550	\$75,060	\$87,570	\$100,080
7	Menos de \$55,720	\$69,650	\$83,580	\$97,510	\$111,440
8					

Nombre del Plan de Seguro:

Titular de Póliza (si es diferente al paciente)

Información de la Póliza

Apellido: _____

Relación del Paciente con Tiular de la Póliza _____

Nombre: _____

Número de identificación: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Póliza/Grupo: _____

Género: Masculino Femenino

Nombre del Empleador: _____

Nombre del Plan de Seguro Secundario:

Titular de Póliza (si es diferente al paciente)

Información de la Póliza

Apellido: _____

Relación del Paciente con Tiular de la Póliza _____

Nombre: _____

Número de identificación: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Póliza/Grupo: _____

Género: Masculino Femenino

Nombre del Empleador: _____

CARGO, CEDER Y CONSENTIMIENTO

- Por la presente, autorizo al Athens Neighborhood Health Center a proveer información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamiento. Reconozco que la información anterior es verdadera y exacta, y corresponde a la información demográfica del paciente que aparece en este formulario de registro.
- Reconozco que Athens Neighborhood participa en redes de intercambio de registros de salud para la coordinación del cuidado y doy mi consentimiento.
- Autorizo al médico a proveer cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones.
- Doy mi consentimiento para recibir tratamiento de un Asistente Médico o una Enfermera de Práctica Avanzada que trabaje bajo la supervisión de un Médico de Athens Neighborhood.
- Entiendo que tengo el derecho de rechazar el tratamiento después de que se me hayan explicado los riesgos y beneficios.
- Doy mi consentimiento para recibir servicios voluntarios de planificación familiar del Título X si los solicito. Entiendo que todos los servicios del Título X son voluntarios y confidenciales. Entiendo que obtener servicios del Título X NO es obligatorio y NO es un requisito para obtener otros servicios en Athens Neighborhood Health Center. Entiendo que nose me puede negar el acceso a los servicios del Título X porno poder pagar.
- Entiendo que una prueba de VIH está incluida como parte de las pruebas normales de prevención, y que puedo rechazar que se me realice la prueba en cualquier momento.
- Entiendo que algunos servicios médicos profesionales, como los servicios de laboratorio y patología, pueden ser prestados por contratistas independientes y me facturarán por separado por sus servicios.
- Reconozco que se me puede proporcionar tratamiento en una emergencia sin necesidad de un consentimiento adicional.

Doy mi consentimiento para utilizar servicios de telesalud, incluyendo video, audio o mensajería seguros, para recibir servicios de atención médica, los cuales pueden incluir consulta, diagnóstico y tratamiento. Acepto estar en un lugar privado, tranquilo y seguro durante mi sesión de telesalud y no grabar la visita sin el permiso de mi proveedor.

Entiendo que mi responsabilidad financiera por los servicios de telesalud será determinada par mi plan de seguro, y que soy responsable de los copagos o tarifas que no estén cubiertos por mi seguro.

Certifico que toda la información proporcionada por mí es precisa.

Firma _____ Fecha: _____

Paciente Padre Tutor

ACUERDO PACIENTE-PROVEEDOR

Athens Neighborhood es reconocido como un Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH, por sus siglas en inglés), un modelo dedicado a mejorar la salud general del paciente y ayudar a las personas a alcanzar sus metas de salud personales. Por este medio, cada paciente recibe el apoyo de un equipo de atención integral que puede incluir un médico de atención primaria, especialistas, dietistas, enfermeras, asistentes médicos, gerentes de casos y otros profesionales según las necesidades únicas del paciente. Athens Neighborhood Health Center está comprometido a asegurar que se forme el equipo adecuado de proveedores de atención médica para ofrecer una atención personalizada y coordinada a cada paciente.

Responsabilidad del Paciente o Padre/Tutor

Como nuestro paciente, sus responsabilidades son:

- Hacer todo lo posible por asistir a las citas programadas o reprogramarlas con anticipación cuando sea posible.
- Para cualquier problema que no sea de emergencia, comuníquese con nuestra oficina antes de buscar atención externa.
- Si es ingresado en un hospital o visita la sala de emergencias, por favor infórmenos lo antes posible.
- Participar activamente en el desarrollo y seguimiento de su plan de atención. Si no puede cumplir con los objetivos establecidos, comuníquelo a su proveedor para que podamos ajustar el plan de tratamiento.
- Infórmese sobre la atención preventiva, ya que creemos que una familia saludable fomenta un paciente saludable.
- Tenga en cuenta su cobertura de seguro y sus obligaciones financieras. Favor de pagar las copagos y tarifas según la escala de ingresos al momento de recibir el servicio.

Responsabilidad del Proveedor

Su salud y bienestar son nuestras prioridades principales, y estamos comprometidos a apoyarlo en cada paso.

- Brindar atención segura y de alta calidad en su idioma.
- Asegurar acceso a la atención médica las 24 horas, incluyendo citas el mismo día siempre que sea posible.
- Coordinar su atención con otros proveedores de salud a través de ordines y colaboración.
- Proteger su privacidad: Su información médica no será compartida sin su consentimiento.
- Proporcionar instrucciones claras para manejar sus necesidades de atención médica cuando nuestra oficina esté cerrada.
- Concluir cada visita con una orientación clara sobre las expectativas, los objetivos de tratamiento y los próximos pasos.

Expectativas de Programación de Citas

- Como cortesía a nuestros pacientes, proporcionamos llamadas de recordatorio y otras notificaciones importantes, que pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes de texto.
- Si llega 15 minutos o más después de la hora programada de su cita, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita para otro horario o día que le convenga.
- Si un paciente falta a tres (3) citas consecutivas dentro de un período de 12 meses, es posible que ya no programemos citas futuras con anticipación. Sin embargo, el paciente aún tendrá la opción de ser atendido como paciente sin cita para citas el mismo día, sujeto a disponibilidad.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE LIMITACIONES Y RESTRICCIONES DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: ____/____/____

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996, los proveedores de atención médica deben informar a las personas sobre cómo se utiliza, comparte y protege su información de salud, incluidos los registros de trastornos por abuso de sustancias (SUD en inglés). Este aviso detalla las formas en que se puede utilizar la información médica, incluyendo para el tratamiento, paga y operaciones de atención médica, como compartir datos con otros proveedores o compañías de seguros. También especifica ciertas circunstancias en las que la información de salud puede ser divulgada sin consentimiento, como en emergencias o para cumplir con obligaciones legales. Las personas tienen derechos específicos sobre su información de salud, incluidas el derecho a acceder, modificar o restringir su uso, así como a recibir comunicaciones de la manera que prefieran. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja.

Para solicitar limitaciones y restricciones, debe completar este formulario y devolverlo. Por favor, describa de la manera más específica posible el tipo de información que le gustaría que restringiéramos o limitáramos y cómo le gustaría que esta información fuera restringida o limitada.

- Toda la información en EHR
 Citas
 Resultados de pruebas diagnósticas

Solo se puede compartir con:

Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____

Derechos y Responsabilidades

La misión del Athens Neighborhood Health Center es proporcionar atención médica accesible y de alta calidad a todas las personas en el condado de Athens-Clarke y áreas circundantes. Nos esforzamos por trabajar con nuestros pacientes y sus familias para ofrecer la mayor calidad de atención médica. Queremos asegurar que todos nuestro

s pacientes estén informados sobre sus derechos y responsabilidades con el fin de apoyar su bienestar y sus necesidades de atención médica.

USTED TIENE DERECHO A:

- Los pacientes tienen el derecho a recibir atención que sea respetuosa y tenga en cuenta sus valores, creencias y preferencias personales, sin discriminación.
- Los pacientes tienen el derecho a ser completamente informados sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico, de manera que puedan entender.
- Los pacientes tienen el derecho a la privacidad respecto a sus registros médicos e información de salud, que son confidenciales de acuerdo con las leyes aplicables (por ejemplo, HIPAA en los EE. UU.).
- Los pacientes tienen el derecho a participar activamente en las decisiones sobre su plan de tratamiento, incluyendo el derecho a rechazar o suspender el tratamiento (dentro de los límites de la ley).
- Los pacientes tienen derecho a recibir atención que sea segura, apropiada y consistente con los estándares médicos actuales, y a estar libres de abuso, negligencia o explotación.
- Los pacientes tienen el derecho a recibir una evaluación y manejo adecuado del dolor basado en sus necesidades individuales.
- Los pacientes tienen el derecho a recibir información en un idioma que comprendan, incluyendo el derecho a tener un intérprete si es necesario.
- Los pacientes tienen el derecho de expresar preocupaciones o quejas sobre la atención que están recibiendo, y a que esas preocupaciones se resuelvan de manera oportuna.

TIENE UNA RESPONSABILIDAD DE:

- Los pacientes son responsables de proporcionar información precisa y completa sobre su historial médico, condiciones actuales, medicamentos y cualquier otro detalle relevante que pueda afectar su atención.
- Se espera que los pacientes participen activamente en su plan de tratamiento y sigan las instrucciones de los proveedores de atención médica, incluyendo los horarios de medicación y las modificaciones en el estilo de vida.
- Si un paciente no entiende su diagnóstico, opciones de tratamiento o instrucciones, debe hacer preguntas para asegurar la claridad.
- Los pacientes deben hacer todo lo posible para asistir a las citas programadas y, si no pueden hacerlo, notificar con anticipación a la oficina de atención médica.
- Los pacientes son responsables de mantener un ambiente seguro para sí mismos y para los demás, cumpliendo con las reglas del establecimiento (por ejemplo, el uso de tabaco, alcohol y drogas).
- Los pacientes deben tratar a los proveedores de atención médica, al personal y a los otros pacientes con cortesía y respeto, reconociendo que la atención médica es un proceso colaborativo.
- Los pacientes son responsables de entender su cobertura de seguro y de pagar por los servicios prestados, según corresponda.

Si tiene preguntas, inquietudes o comentarios, solicite hablar con el Gerente de la Oficina. Si considera que su pregunta o inquietud no ha sido resuelta, por favor comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al correo electrónico ANHCCorporateCompliance@aneighbor.org o al 706-850-9041 ext. 6962.

Firma del Guardián o del Paciente: _____ Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REALIZAR SU INFORMACIÓN MÉDICA INCLUIDOS LOS REGISTROS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUBSTANCIAS Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE

CÓMO PODEMOS USAR Y REALIZAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED. Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos y realizar información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, profundizaremos en el significado y proporcionaremos ejemplos más específicos, si lo solicita. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y realizar información caerán dentro de una de las categorías. Debemos obtener su autorización antes del uso y realizar de cualquier nota de psicoterapia, usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing, y divulgación que constituyan una venta de PHI. Los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad se realizarán solo con la autorización del individuo.

Para el Pago. Podemos usar y realizar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en el Centro puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado de usted, una compañía de seguros o un tercero persona. Por ejemplo, podemos realizar su registro a una compañía de aseguranza, para poder recibir un pago por tratarlo.

Para el Tratamiento. Podemos usar información médica sobre usted para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos realizar información médica sobre usted al personal médico del Centro otro personal que esté involucrado en su cuidado en el Centro o en el hospital. Por ejemplo, podemos realizar información médica sobre usted a personas fuera del Centro que puedan estar involucradas en su atención médica, como familiares, miembros de la iglesia o otras personas que formen parte de su atención médica.

Para Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y realizar información médica sobre usted para su atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el Centro y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. También podemos realizar información a todo el personal médico y otro personal del Centro para fines de revisión y aprendizaje. Por ejemplo, podemos revisar su registro para ayudar a nuestros esfuerzos de mejora de la calidad.

NOTA: El uso y las divulgaciones descritos anteriormente, en la medida en que se relacionan con los registros de Trastornos por Uso de Sustancias ("TCS"), requieren su consentimiento específico en la parte inferior de este formulario antes de que podamos utilizarlos para fines de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Usted puede firmar un único formulario para autorizar todos los usos y divulgaciones futuros para fines de TPO (Tratamiento, Pago y Operaciones), o puede restringir su consentimiento a cada divulgación individual.

Los ejemplos de cómo se utiliza o divulga su información de TCS, sujeto a su consentimiento, son consistentes con los ejemplos expuestos anteriormente. Cabe informarle que el requisito de su consentimiento para fines de TPO es específico para nosotros. Una vez que cualquier registro de TCS sea divulgado a otra entidad cubierta o a un asociado comercial sujeto a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), dichas partes estarán autorizadas para volver a divulgar los registros de conformidad con las regulaciones de dicha ley.

Quién Seguirá este Aviso Este aviso describe las políticas y procedimientos de nuestro Centro y los de cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en su historial médico, cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitamos ayudarlo, así como todos los empleados, personal y otro Personal del Centro.

Política de Protección de Datos Personales. Nosotros hacemos un registro de la atención y los servicios que recibe en el Centro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por el Centro, ya sea realizados por el personal del Centro o por su médico personal. La ley nos exige que nos aseguremos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; y seguir los términos del aviso que está actualmente en efecto. La ley vigente nos permite incluir cualquier registro de TCS en su expediente de tratamiento, junto con otras terapias de tratamiento. Otras formas en que podemos usar o realizar su información médica protegida incluyen recordatorios de citas; según lo exija la ley; para beneficios y servicios relacionados con la salud, para las personas involucradas en su atención o pago por su atención, investigación, para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad, y para alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su información personal podrían incluir la divulgación a, o para forenses, examinadores médicos y directores de funerarias; actividades de supervisión de la salud; aplicación de la ley, demandas y disputas, militares y veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, donación de órganos y tejidos; y otros, riesgos para la salud pública y compensación de trabajadores.

****A excepción de la divulgación de los registros de TCS a un médico forense o director médico sin consentimiento específico, y a las autoridades de salud pública siempre que los registros divulgados se encuentren desidentificados de conformidad con los estándares establecidos en la norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), se requiere su consentimiento por escrito para los demás tipos de divulgación mencionados anteriormente; a saber: investigación, recaudación de fondos, prevención de amenazas graves a la salud o la seguridad (salvo en situaciones de emergencia), aplicación de la ley, asuntos militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, donación de órganos o tejidos, así como otros riesgos de salud pública y compensación a los trabajadores. Ningún registro de TCS podrá ser utilizado como prueba documental o testimonial en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos sin su consentimiento por escrito.**

AVISO DE DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos con respeto a la información médica que mantenemos sobre usted.

Derecho a Una Copia del Aviso de Derechos. Usted tiene derecho a una copia de este aviso. Puede solicitar que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento.

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y a copiar la información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención médica. Podemos rechazar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas.

Derecho a Enmendar. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por, o para, el Centro. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad y debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre su tratamiento, pago, operaciones de atención médica (los registros de TCS requieren su consentimiento específico escrito) También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Salvo en lo referente al tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. No estamos obligados a aceptar su solicitud Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Derecho a Solicitar a No Recibir las Comunicaciones. de recaudación de fondos. Usted tiene derecho a no recibir comunicaciones de recaudación de fondos del Centro a salvo en lo referente al tratamiento de los trastornos por uso de sustancias, Debe proporcionar un consentimiento por escrito para incluido en actividades de recaudación de fondos.

Derecho a Restringir las Divulgaciones al Plan de Salud. Usted tiene el derecho de solicitar la divulgación restringida de PHI a un plan de salud si la divulgación es para el pago de operaciones de atención médica y se refiere a un artículo o servicio de atención médica por el cual la persona ha pagado de su bolsillo y en su totalidad.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito y debe especificar cómo o como desea ser contactado.

Solicitud a una Contabilidad de Divulgaciones. Tiene derecho a solicitar una "contabilidad de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de información médica sobre usted. (Para las divulgaciones de TCS, su solicitud puede incluir los tres años anteriores). Para solicitar esta lista de divulgaciones contables, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Cambios a Este Aviso. Tenemos el derecho de cambiar este aviso. Publicaremos una copia del aviso actual en la sala de espera del Centro.

Quejas. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Centro o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el Centro, comuníquese con la señora Compliance Officer, **Oficial de Privacidad/Gerente de Seguridad y Riesgos, 706-850-9041** o **anhccorporatecompliance@aneighbor.org**. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le penalizará por presentar una queja.

Otros Usos de la Información Médica. Otros usos y divulgaciones de información médica no cubierta por esto sobre usted, puede revocar ese permiso por escrito, en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea recibir una explicación más detallada, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Yo reconozco al firmar a continuación que recibe el Aviso de Práctica de Privacidad y el Aviso de Derechos Individuales.

Firma del Paciente/Representante del Paciente

Fecha