MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

Patient ID Number_____
(Para uso de la Oficina solamente)

FORMULARIO DE ADMISIÓN

A. Información del Paciente:

Primer nombre & Inicial del Segundo:_____Apellido:_____

Domicilio:_____Número de Apartamento:_____

Ciudad:_____Estado:_____Código Postal:_____El Primer Teléfono:_____ Casa Celular

Teléfono Alternativo:_____Trabajo Celular Dirección de correo electrónico:_____

Fecha de Nacimiento:_____ Genero: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero Hombre a Mujer

Número de Seguro Social:_____ ☐ Transgénero Mujer a Hombre ☐ Queer ☐ Algo Mas

Se considera (marque todo que aplique):

☐ Heterosexual
☐ Algo Mas
☐ Indeciso
☐ Lesbiana, Gay o Homosexual
☐ Bisexual
☐ Prefiero no contestar

Pronombre de Genero Preferido:

☐ El
☐ Ella
☐ Algo mas:_____

Estado de Empleo: Jubilado Desempleado Empleado Cuarenta Horas Empleado Tiempo Medio

B. INFORMACIÓN DEL GARANTE: (si es igual a la información de arriba, pase directamente a la parte C)

Primer nombre & Inicial del Segundo Nombre:_____Apellido:_____

Domicilio:_____Número de Apartamento:_____

Ciudad:_____Estado:_____Código Postal:_____Teléfono de su Casa:_____

Teléfono Alternativo:_____Trabajo Celular Fecha de Nacimiento:_____

Número de Seguro Social:_____Genero:_____Relación con el Paciente:_____

Estado: Jubilado Desempleado Empleado: Tiempo Completo Empleado: Tiempo Medio

C. INFORMACIÓN ADICIONAL:

¿Qué idioma/s habla?_____

Veterano: ☐ Si ☐ No

Ingreso:_____ Por Mes

¿A cuántas personas mantiene este ingreso?:_____

¿Se puede llamar al teléfono de su casa? Sí No
¿Se puede dejar un mensaje? Sí No
¿Se puede llamar a su teléfono alternativo? Sí No
¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Su situación de vivienda, ¿vive en?:

☐ Vehículo/Otros
☐ La Calle
☐ Un Refugio
☐ Casa Propia/Renta Residencia
☐ Con familia/Con amigos (compañero de cuarto)

D. INFORMACIÓN SOBRE RAZA:

☐ Asiático
☐ Africano Americano
☐ Caucásico
☐ Nativo Americano
☐ Nativo Hawaiano
☐ Mas de una Raza
☐ Nativo de Alaska
☐ Islas del Pacífico
☐ No Reporto/Reusó

INFORMACIÓN SOBRE ETNICIDAD:

☐ Hispano/Latino
☐ No Hispano/Latino
☐ No Reportado

E. EN CASO DE EMERGENCIA:

Por favor, denos el nombre de una persona a la que podamos llamar en caso de no poderlo ubicar a usted para darle información médica importante urgente (por ejemplo, resultados de estudios)

Nombre:_____Teléfono:_____

Tipo de relación con usted:_____¿Sabe esta persona que usted es paciente del MCPN? Sí No

G. AUTORIZACIÓN PARA PAGO AL SEGURO Y PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON EL MISMO

Por la presente autorizo a que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a la clínica MCPN mencionada anteriormente y reconozco que soy económicamente responsable por la parte que no cubra el seguro. También autorizo al MCPN a compartir información con mi compañía de seguro medico.

_____ _____
Firma del Paciente Fecha

_____ _____
Firma del Guardián/Garante Fecha

MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

SOLO PARA USO DE MCPN

ID. DEL PACIENTE:_____

CONSENTIMIENTOS Y ACUSES DE RECIBO DE MCPN

NOMBRE DEL PACIENTE:_____

Número de Seguro Social:_____ Fecha de nacimiento:_____

Consentimiento para diagnóstico clínico y tratamiento:

(Iniciales)_____Por medio de la presente, doy mi consentimiento al personal clínico de las clínicas MCPN para examinarme, tratarme y aconsejarme. Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todo tipo de tratamiento y con conocimiento de ello, doy mi consentimiento.

Consentimiento para Autorizar a personas que obtengan información de salud protegida:

_____ _____

_____ _____

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

(Iniciales)_____Reconozco que recibí y leí una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad en el día _____ del mes de _____ del 20_____. Asimismo, reconozco que a partir de la fecha de hoy, no tengo ninguna pregunta con respecto al Aviso de Prácticas de Privacidad.

Acuse de recibo de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente:

(Iniciales)_____Recibí una copia de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente y he tenido la oportunidad de leerla y hacer preguntas.

Reconocimiento al Menor:

(Iniciales) _____Tengo 15 años de edad o más, vivo separado de mis padres y administro mi propio dinero (pago mis propias facturas de alquiler y comida) o soy legalmente casado.

_____ _____
Firma del paciente/Tutor legal Firma del personal

_____ _____
Nombre del paciente/Tutor legal (en letra de imprenta)
Nombre del personal (en letra de imprenta)

_____
Fecha de hoy

MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

HISTORIA DE SALUD DE ADULTO

MR#_____(sólo para uso de la oficina)

NOMBRE_____**FECHA DE HOY**_____

FECHA DE NACIMIENTO_____**SEXO: HOMBRE / MUJER**

ENFERMEDADES PREVIAS:

- ☐ Diabetes
- ☐ Infarto
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Colesterol elevado
- ☐ Infección de Carazon
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Otras _____

ALERGIAS:

Favor de mencionar cualquier alergia a medicamentos o alimentos — Reacción:

_____ _____

_____ _____

MEDICACIONES:

Favor de mencionar las medicinas que toma, que requieran o no requieran receta — Con qué frecuencia:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

CIRUGÍA/HOSPITALIZACIONES:

Favor de mencionar cualquier cirugía u hospitalizaciones que haya tenido — Fecha:

_____ _____

_____ _____

INMUNIZACIONES:

Si ha recibido alguna de las siguientes inmunizaciones, favor de indicar en qué año las recibió.

- ☐ Pneumovax
- ☐ Tétanos
- ☐ Otras_____

HISTORIA FAMILIAR:

Favor de marcar las enfermedades que hayan tenido sus padres, abuelos, hermanos, hermanas, tías y/o tíos.

- ☐ Diabetes
- ☐ Infarto
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Asma
- ☐ Infección de Carazon
- ☐ Otras _____

HISTORIA SOCIAL/PERSONAL: Favor de poner un círculo alrededor de "SI" o "NO"

¿Siempre usa su cinturón de seguridad?	Si	No	
¿Tiene un arma de fuego en casa?	Si	No	
¿Tiene detectores de humo en su casa?	Si	No	
¿Alguna vez ha sufrido abuso físico o sexual?	Si	No	Si la respuesta es Sí, ¿cuándo?_____

MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

SBIRT Form

MR#_____(sólo para uso de la oficina)

NOMBRE_____**FECHA**_____

FECHA DE NACIMIENTO_____

Por favor responda las siguientes pregunatas lo mas abierta y honestamenta possible para ayundarnos a proporcionarle un major servicio. Sus respuestas seran compartidas solo con su Proveedor de salud y el asistente medio encargados de su cuidado el dia de hoy. Por favor marque la respuesta apropiada.

1. ¿Se ha sentido abatido, deprimido o desesperanzado por más de 2 semanas en los últimos 3 meses? **SI** **NO**
   a. ¿Estás en tratamiento para la depresión? **SI** **NO**
   b. ¿Si es sí, a dónde fue para recibir el tratamiento? _____
2. ¿Alguna vez ha usado tabaco (cigarrillos, puro o tabaco de mascar)? **SI** **NO**
   a. ¿Actualmente utiliza cualquier forma de tabaco? **SI** **NO**
      i. ¿Si es si, qué tipo de tabaco usas? _____
      ii. ¿Desde cuándo comenzo? _____
      iii. ¿ Qué cantidad fuma o mastica? _____ Por semana Al dia
   b. Si lo ha dejado:
      i. ¿Cuándo lo dejo? _____
      ii. ¿Cuánto tiempo uso tabaco? _____
   c. ¿Cuánto fumaba o masticaba antes de dejarlo? _____
3. ¿Alguna vez ha consumido alcohol? **SI** **NO**
   a. ¿Si es si, qué clase de alcohol toma usualmente? _____
   b. ¿Qué y cuánto toma? _____ Por semana Al dia
   c. ¿Cuánto es lo mas que ha tomado en un dia en los últimos 3 meses?
      _____
4. ¿En los últimos 12 meses ha usado otras drogas qué no hayan sido requeridas por razones médicas (drogas ilegales o recetadas)? **SI** **NO**
   a. ¿Si es si, qué clase de drogas ha usado? _____
   b. ¿Ha usado Mariguana en los últimos 12 meses ? **SI** **NO**
      i. ¿Tiene ena tarjeta para Mariguana Medicinal? **SI** **NO**

MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

<u>Esta no es una consulta médica</u>. La cita de elegibilidad no le registra como paciente de MCPN

Para determinar la elegibilidad para los programas de cobertura medica, por favor, traer todo lo que aplique a Ud. y su familia. Documentos adicionales pueden ser requeridos dependiendo de las circunstancias del hogar.

Si tiene preguntas, o necesita cambiar su cita por favor llamar al Centro de Servicio al Cliente MCPN a 303.360.6276

Fecha: _____ Hora: _____ Financiera: _____

A. Identidad (documentos originales)
- Pasaporte
- Certificado de Naturalización
- Acta de Nacimiento
- Licencia de conducir
- Tarjeta de Identificación
- Identificación Militaría
- Tarjetas o documentos de inmigración (residencia, permiso de trabajo, cartas de inmigración)
- Los números de seguro social- la tarjeta no es requerida solo los números
- Matricula Consular/ Tarjeta de Elector con foto

B. Ingresos (del mes actual o anterior para cada miembro del hogar que esté empleado.)
- Talones del mes anterior y actual. Necesita un mes completo de ingresos. Los talones tienen que ser consecutivos
- Si le pagan en efectivo, necesita una carta de su empleador que muestre los ingresos brutos del mes, su sueldo por hora, y cuantas horas trabaja por semana
- Ingresos no ganados (SSI, SSDI, o una carta de desempleo)
- Propio Negocio- declaración de perdidas y ganancias de su negocio del mes anterior de su cita con la financiera

C. Comprobante de domicilio mes actual o anterior de su cita con la financiera
- Recibo de Servicio Publico/Utilidad o,
- Declaración de Alquilar/ Hipoteca o,
- La carta que ha recibido de MCPN con información de su cita.
- No aceptamos PO BOXES, al menos que tengan la información de su dirección actual
- Si usted está viviendo con alguien, por favor traer una carta en la que la persona con la que vive declara que vive con él / ella con la dirección, fecha, y número de teléfono de la persona. **Y** un comprobante de domicilio al nombre de la persona escribiendo la carta del mes actual o anterior de su cita con la financiera.

D. Deducciones (trae los recibos)
- Gastos médicos de cuentas que está pagando mensualmente y pueden ser verificados

MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

Carta de Empleado

(*Esta carta debería ser llenado y firmado por su empleador y NO del solicitante)

***Nombre del solicitante*: _____ Fecha:_____**

Nombre de la compañía:

5

_____

Domicilio de la compañía:

_____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Manager/Supervisor: _____

El mes de ingresos:_____ Ingresos Brutos: $_____

(Ej. Enero, Febrero, Marzo, etc.) (Ingresos antes de que quiten los impuestos)

Fecha que empezó su empleo: _____/_____/_____

Día Mes Año

(Si es nuevo empleado)

Salario por hora: $_____ Numero de horas que trabaja por semana:

_____

Periodo de pago (circula uno*): Semanal* / 2 veces al mes / Quincenal / Mensual

***Firma de empleador*: _____Fecha: _____**

Numero de teléfono**:** (_____) _____

¡Gracias por su cooperación!

MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

Confirmación de Alojamiento

Fecha: ____ / ____ / _____

La presente es para confirmar que _____ vive en mi casa /apartamento.
(nombre de solicitante)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal:_____

Numero de Teléfono: __(_____)_____

Gracias,

Su Firma: _____

Su nombre en letra de molde: _____

MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

Declaración de Derechos y Responsabilidades de Pacientes

Usted tiene el DERECHO de...

- Recibir los servicios que sean necesarios para su cuidado sin importar raza, color, credo, nacionalidad, edad, sexo, preferencia sexual, estado civil, número de embarazos, tipo de contraceptivo, incapacidad, o afiliación política.
- Ser tratado con cortesía, dignidad y respeto.
- Saber los nombres y funciones de doctores, asistentes de enfermeras, enfermeras, y de otras personas que le atienden usted.
- Que las personas que le atiendan le digan cual es su condición y diagnóstico, que cual es el tratamiento que ellos recomiendan, que como esperan que su condición cambie, y que otro tratamiento adicional es necesario.
- Que sepa las razones de las diferentes pruebas y tratamientos que se le den, y los nombres de las personas que se lo estén proveyendo.
- Saber los beneficios, riesgos, é incomodidades de cualquier procedimiento o tratamiento que se le recomiende a usted.
- Negarse al tratamiento y ser informado de los posibles resulatados médicos ú otras que se susciten a causa de su rechazo.
- Que se le de un presupuesto de los cobros de cualquier procedimiento que usted pudiese tener durante su tratamiento. Se les advierte a los pacientes que el cobro final podría diferir de el presupuesto que se le dé a causa de cualquier cambio de diagnostico, complicación imprevista, cambios de información en su seguro médico, etc.
- Saber a donde puede acudir cuando no sean horas hábiles, fines de semana, y atención de emergencia.
- Una explicación completa de toda documentación que el personal de MCPN le pida firmar.
- Recibir la información necesaria para dar autorización con debida información antes de comenzar algún procedimiento y/o tratamiento, con excepción de situaciones de emergencia.
- Negarse a firmar un formulario de autorización hasta que lo entienda.
- Tachar cualquier parte del formulario de consentimiento que usted no quiera que aplique a su tratamiento.
- Cambiar de parecer antes de comenzar un procediemieto por el cual usted haya dado su consentimiento previo.
- Negarse a participar en proyectos de investigación.
- Tener acceso a sus antecedentes clínicos en MCPN (Sin incluir antecedentes que MCPN haya recibido de otros proveedores, i.e. recomendaciones, antecedentes viejos).
- Esperar que sus antecedentes clínicos sean confidenciales. *Nota: La información de estos antecedentes se podrá revelar sólo bajo las siguientes circunstancias:
  - Que usted autorice que se emitan.
  - Que exista un peligro inmediato.
  - Que un tribunal debidamente autorizado ordene que se emitan.
- Concertar una cita con otro proveedor para una segunda opinión.
- Hacer arreglos para cambiar de proveedores, clínicas, ú hospitales.
- Esperar que el personal respete su privacidad a su máxima extención la cual sea permitida por la atención que usted necesite. Usted puede solicitar que alguien de su confianza esté presente en cualquier examen.
- Sí lo solicita, a que su cuenta se revise y se le explique.
- Expresar creencias religiosas y culturales que no dañen a terceros o que interfieran con su atención.
- Que nos dé ideas de como mejorar nuestros servicios.
- Que se le informe del procedimiento de la clínica para presentar una queja o para presentar una queja formal.
- Presentar una queja ya sea formal o no y a que se reconozca y resuelva de una manera oportuna y ordenada.
- Saber las reglas del establecimiento y regulaciones que apliquen a su conducta como paciente.

⇒ Participar en las decisiones relativas a su salud

⇒ Información sobre las directivas anticipadas

⇒ Eligir la participación en un hogar medico

Responsabilidades

- Tratar a terceros con cortesía, dignidad, y respeto.
- Considerar los derechos de otros pacientes y del personal y a ayudar a controlar el exceso de ruido.
- Mantener sus citas y llegar a tiempo a ellas (nota: Le pedimos un mínimo de 24 horas para que usted cancele o cambie su cita).
- Que dé, sí se solicita, documentación necesaria para su registración, cobros, capacidad para poder pagar, y autoridad de consentimiento.
- Traiga información de su seguro médico, o su tarjeta de Medicaid a cada visita a la clínica.
- Dé información completa y verdadera de sus síntomas presentes, enfermedades anteriores, información de qué otras veces a recibido atención médica o que haya sido hospitalizado, medicina que usted esté tomando, y cualquier otra pregunta sobre su salud.
- Tomar parte en su cuidado y seguimiento con tratamiento y planes de atención y los procesos de derivación.
- Acepte los resultados si es que usted se niega al tratamiento, o si no sigue las intrucciones de su provedor.
- Haga preguntas si no entiende los documentos que se le piden firmar o de información que se le dé a usted.
- Dígale a su proveedor cuando no esté satisfecho con la atención recibida.

⇒ Informar a su equipo de atención médica de sus decisiones de todos y cada uno, con respecto a su cuidadodo de final de vida (de vida existentes, poder médico y otras directivas antemano que puedan afectar su salud.)

⇒ Tomar parte y participar en todos los establecimientos de metas para el cuidado de su salud y seguir adelante con los planes de tratamiento / atención y los procesos de derivación.

- Pague su cuota deducible o su cuota de autopago en el momento de presentarse a cada visita.
- Asegúrese que su cuenta esté pagada.
- Mantenga sus efectos personales en un lugar seguro.

Nota: Faltar a cualquiera de las siguientes responsabilidades resultarán en que se le despida de las atenciones de MCPN. No...

- falte a más de tres citas (Esto incluye sus citas de preaprobación económica también como sus citas médicas).
- Cometa violencia física en el establecimiento de MCPN.
- Amenace o ataque verbalmente a otros pacientes o empleados.
- Cometa actividades ilegales en el establecimiento de MCPN.
- Cometa intimidación racial o étnica en el establecimiento de MCPN.
- Destruya la clínica MCPN o propiedades de otros pacientes.
- Use obsenidades en el estableciemiento MCPN.

He recibido una copia de la Declaración de Derechos y Responsabilidades de Pacientes y he tenido una oportunidad de leerla y hacer preguntas.

_____
Firma del paciente

_____
Fecha

MCPN
METRO COMMUNITY PROVIDER NETWORK
Your neighborhood health home

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN
MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigencia: este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia el 1 de enero de 2015.

I. Comprensión de su información médica

Cada vez que visite nuestro centro médico comunitario, se creará un registro de su consulta. Generalmente, este registro incluye su nombre y otros datos que puedan identificarlo: síntomas, exámenes y resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento, plan de atención médica futura e información financiera. A este registro se lo suele denominar "historia clínica". Este documento nos permite brindarle atención médica de calidad, recibir el pago por los servicios que prestamos y cumplir con las obligaciones legales que conlleva operar este centro médico comunitario. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica, que le notifiquemos nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica y que le informemos en caso de que se produzca una infracción de su información médica protegida no asegurada. No usaremos ni facilitaremos a otras personas su información médica sin su autorización escrita, a excepción de como se establece en este Aviso.

II. Acuerdo organizado de atención médica ("OHCA", Organized Health Care Arrangement)

Metro Community Provider Network, Inc. ("MCPN"), Jefferson Center for Mental Health ("JCMH"), Aurora Comprehensive Community Mental Health Center, Inc. que opera con el nombre comercial de Aurora Community Mental Health Center ("AUMHC"), Arapahoe Mental Health Center, Inc. que opera con el nombre comercial de Arapahoe/Douglas Mental Health Network ("ADMHN") y Arapahoe House, Inc. ("Arapahoe House") han acordado conformar y celebrar un Acuerdo organizado de atención médica (la "Atención integrada OHCA"). Los miembros de Atención integrada OHCA pueden compartir su información médica con otros miembros de Atención integrada OHCA para proporcionar tratamientos, recibir pagos y llevar a cabo operaciones de atención médica a fin de abordar de la mejor manera sus necesidades de atención médica.

III. Cómo usaremos y revelaremos su información médica

a. Tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Usamos y compartimos su información médica sin su consentimiento para proporcionar tratamientos, recibir pagos y llevar a cabo operaciones de atención médica:

- Tratamiento. Usamos y compartimos su información médica para brindarle atención médica y servicios relacionados. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos, personal de enfermería o del hospital que colaboren con su atención.

- Pago. Usamos y compartimos su información médica para recibir el pago por los servicios que le prestamos. Por ejemplo, podemos enviar una factura a su plan de seguro médico, a Medicaid o a usted.

- Operaciones de atención médica. Podemos usar y compartir su información médica para revisar nuestro desempeño y asegurarnos de que reciba atención médica de calidad. Por ejemplo, podemos usar y compartir su información médica para evaluar el desempeño del personal que colabora con su atención.

b. Acuerdo organizado de atención médica

Los miembros de la Atención integrada OHCA han acordado participar (1) como un entorno de atención clínicamente integrada donde los pacientes reciben servicios de atención médica de parte de más de un proveedor; o (2) en un acuerdo conjunto y realizar al menos una de las siguientes actividades conjuntas: (a) revisión de utilización, en la que los miembros de Atención integrada OHCA revisan las decisiones de atención médica de los demás miembros (o cuentan con un tercero para que lo realice); (b) actividades de evaluación y mejora de la calidad, donde el tratamiento proporcionado por los miembros de Atención integrada OHCA es evaluado por otros miembros de Atención integrada OHCA (o por un tercero en su nombre); o (c) actividades de pago, si el riesgo financiero por prestar atención médica es compartido de manera parcial o total por los miembros participantes de Atención integrada OHCA y si la información médica protegida (PHI, Protected Health Information) creada o recibida por una entidad cubierta es revisada por otros miembros de OHCA o por un tercero en su nombre a los efectos de administrar el riesgo financiero compartido.

c. Otros usos y divulgaciones permitidas o exigidas por ley

Podemos usar o compartir su información médica sin su consentimiento para los fines siguientes en circunstancias limitadas:

- Notificar y comunicar a la familia. Podemos usar o compartir su información con las personas que participan o colaboran con el pago de su atención, como su familia, sus amigos cercanos o cualquier otra persona que usted elija, para informarles acerca de su ubicación y salud general y para que colaboren con su atención médica (por ejemplo, para que retiren los medicamentos o ayuden durante la atención de seguimiento).

- Salud y seguridad pública. Podemos compartir su información médica con las autoridades de salud pública en determinadas situaciones. A continuación, se incluyen algunos ejemplos que muestran cómo podemos compartir su información médica a los efectos de la salud y seguridad pública: para evitar enfermedades; para retirar productos del mercado; para informar reacciones adversas de medicamentos; para denunciar un posible abuso, negligencia o lesiones relacionadas o que podrían estar relacionadas con la violencia doméstica, y que podrían incluir la agresión sexual; o para prevenir cualquier amenaza grave para la salud o la seguridad suya o de otras personas, que incluida cualquier incapacidad grave.

- Investigación. Podemos usar o compartir su información médica para estudios de investigación.

- Exigidas por ley. Compartiremos su información médica con agencias gubernamentales, según lo exijan las leyes estatales o federales. Por ejemplo, compartiremos su información médica con las agencias gubernamentales que supervisan nuestro centro médico comunitario a efectos de solicitar autorizaciones o certificaciones.

- Solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir su información médica con agencias de donación de órganos.

- Directores de funerarias y forenses. Podemos compartir su información médica con un forense, un médico legista o el director de una funeraria para colaborar con sus tareas.

- Compensación para trabajadores. Podemos compartir su información médica si es necesario para cumplir las leyes de compensación para trabajadores.

- Funciones gubernamentales especializadas. Podemos compartir su información médica con fines militares o de seguridad nacional, o con correccionales o agentes del orden público que lo tengan a usted bajo custodia legal.

- Aplicación de la ley. Podemos compartir su información médica con las fuerzas de seguridad para: identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo o una persona perdida; o colaborar a efectos de la aplicación de la ley.

- Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos compartir su información médica si así lo dispone un tribunal o juez.

- Comercialización. Podemos compartir su información médica para comunicarle tratamientos o medicamentos nuevos que podrían ser de ayuda, siempre que no recibamos ningún pago por estas comunicaciones.

- Constancia de vacunación. Compartiremos la constancia de vacunación con la escuela que la solicite para poder admitir a un estudiante, si usted ha acordado la divulgación en su nombre o en nombre de la persona a su cargo.

- Intercambio de Información de Salud: Podemos compartir su información médica con otras organizaciones a través de la red Intercambio de Información de Salud (HIE, Health Information Exchange). Estas organizaciones pueden incluir hospitales, laboratorios, proveedores de atención médica, departamentos de salud pública, planes de salud y otros participantes. Los participantes de HIE deben cumplir con normas que protegen la privacidad y la seguridad de su información médica y personal. Si desea salir voluntariamente de la red HIE, debe enviar un formulario de "Exclusión voluntaria" a MCPN. Puede solicitar un formulario de exclusión voluntaria en la recepción de cualquier clínica de MCPN. Si ya se ha excluido de manera voluntaria y desea incluirse nuevamente, puede solicitar un formulario de "Inclusión voluntaria" en la recepción de cualquier clínica de MCPN. Puede obtener información relacionada con HIE en la recepción de cualquier clínica de MCPN.

d. Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización escrita

Excepto como se establece en este Aviso, no usaremos ni compartiremos su información médica sin obtener su autorización escrita en un formulario de autorización. Si nos autoriza a usar o a divulgar su información médica con otro fin, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

IV. Sus derechos relacionados con la información médica

- Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la manera en que usamos o compartimos su información médica al llevar a cabo determinadas actividades. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, debemos acceder a su pedido de no compartir información médica

con su plan de salud con respecto a un servicio o artículo de atención médica si usted pagó de su bolsillo la totalidad de ese servicio o artículo, a menos que la ley nos exija que compartamos esa información.

- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de alguna manera específica o que enviemos nuestra correspondencia a una dirección determinada. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos a través de una cuenta de correo electrónico particular o que enviemos correo postal a la dirección de su trabajo. Accederemos a todos los pedidos razonables.

- Derecho a inspección y copia. Tiene derecho a solicitar una copia de su historia clínica y a recibir una copia electrónica de esta si existiera en formato electrónico. Solo en algunas circunstancias específicas podemos denegar su acceso a la historia clínica. Si denegamos su acceso a la historia clínica, usted tendrá derecho a solicitar a un profesional de atención médica matriculado que revise nuestra denegación. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

- Derecho a solicitar una modificación. Tiene derecho a solicitar que corrijamos información de su historia clínica que considere incorrecta o incompleta. Podemos negarnos a modificar su historia clínica, pero le explicaremos el motivo de nuestro rechazo.

- Derecho a recibir una contabilidad. Tiene derecho a solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica. No incluiremos divulgaciones relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, ni otras divulgaciones determinadas.

- Derecho a una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Tiene derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si acordó recibir este Aviso de manera electrónica.

- Notificación de infracción. Si se produjese una infracción a su información médica protegida asegurada, le informaremos tal como lo exige la ley.

V. Modificaciones a este Aviso

Podremos modificar nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se hagan dichos cambios, cumpliremos con los términos del Aviso de prácticas de privacidad que se encuentren vigentes. Le informaremos acerca de cualquier modificación que se realice a nuestro Aviso de prácticas de privacidad mediante la publicación del Aviso modificado en nuestro centro de salud comunitario y en nuestro sitio web.

VI. Inquietudes y reclamos

Si tiene alguna pregunta o desea hablar acerca de la información incluida en este Aviso de prácticas de privacidad, comuníquese con el Director de Privacidad que se detalla más abajo. Si considera que sus derechos de privacidad no se han respeta do, puede presentar un reclamo por escrito en nuestro centro de salud comunitario o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, Health and Human Services). No se lo sancionará de ninguna manera por presentar un reclamo.

Para presentar un reclamo en nuestro centro de salud comunitario, comuníquese con el Director de Privacidad:

Cyndy Story
303-761-1977

Para presentar un reclamo al Secretario de HHS, envíelo a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
999 18th Street, Suite 417
Denver, CO 80202
(800) 368-1019