

Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente					
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Teléfono de Casa		Contacto Primario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo
			Teléfono Celular		
Fecha De Nacimiento / /	SSN#	Pais de Nacimiento	Teléfono del Trabajo		
Dirección de Envío		Apt#	Se puede dejar mensaje de voz : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se puede dejar un mensaje de texto : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No * Pueden aplicarse tarifas MSG y de datos El mejor momento para contactarle : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Excluirse de toda Comunicación de Práctica <input type="checkbox"/>		
Ciudad	Estado	Código Postal			
Dirección de Casa (si es diferente al correo)			Correo Electrónico		
Ciudad	Estado	Código Postal	Idioma Preferido	¿Se necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estamos solicitando la siguiente información de todos los pacientes para poder comprender mejor las necesidades de nuestros pacientes y para fines de financiamiento y de informe de subvenciones.					
Género al Nacer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Género Preferido: Identidad de género – Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/ Transgénero <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Transgénero <input type="checkbox"/> De género no conformista (genderqueer), ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Elige no revelar Orientación sexual (Marque Uno) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Algo distinto, describa: _____ Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante Es usted un Veterano/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Miembro de la <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Junta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Empleado de HHLI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Etnicidad <input type="checkbox"/> Andalúz/a <input type="checkbox"/> Argentino/a <input type="checkbox"/> Asturiano/a <input type="checkbox"/> Balear <input type="checkbox"/> Boliviano/a <input type="checkbox"/> Zona del Canal <input type="checkbox"/> Canario/a <input type="checkbox"/> Castellano/a <input type="checkbox"/> Catalán/a <input type="checkbox"/> Centroamericano/a <input type="checkbox"/> Indio/a Centroamericano/a <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Chileno/a <input type="checkbox"/> Colombiano/a <input type="checkbox"/> Costarricense/a <input type="checkbox"/> Criollo/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Dominicano/a <input type="checkbox"/> Ecuatoriano/a <input type="checkbox"/> Gallego/a <input type="checkbox"/> Guatemalteco/a <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Hondureño/a <input type="checkbox"/> La Raza <input type="checkbox"/> Latinoamericano/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Indio/a Mexicano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Nicaragüense <input type="checkbox"/> No Hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> Panameño/a <input type="checkbox"/> Paraguayo/a <input type="checkbox"/> Peruano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Salvadoreño/a <input type="checkbox"/> Sudamericano/a <input type="checkbox"/> Indio/a Sudamericano/a <input type="checkbox"/> Español/a <input type="checkbox"/> Vasco/a <input type="checkbox"/> Uruguayo/a <input type="checkbox"/> Valenciano/a <input type="checkbox"/> Venezolano/a <input type="checkbox"/> No especifica			Estado De Vivienda <input type="checkbox"/> Dueño de Casa <input type="checkbox"/> Renta – Privado <input type="checkbox"/> Renta – Vivienda Publica (Section 8, NYCHA) <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Vivo en la calle/ carro <input type="checkbox"/> Vivo en hogar de transición <input type="checkbox"/> Vivo con otra familia Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Seperado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Compañero/a
		Raza <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Indio/a Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Guameño/a o Chamorro/a <input type="checkbox"/> Japonés/a <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Nativo/a Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Otro/a isleño/a del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> No especifica			¿Como supiste de nosotros? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Paciente/Amigo/a <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Folleto/Cartel <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Referencia de medico <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Facebook/Social Media <input type="checkbox"/> Otro _____
		Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Reserva Militar <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporale <input type="checkbox"/> Desempleado/a			Nombre del Empleador:

Contacto de Emergencia				
Contacto de emergencia nombre completo			Relación	
Dirección			Teléfono	
Información para Padres/Guardián: Complete si el paciente es menor de 18 años de edad				Parte Responsable
Nombre de la Madre	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Nombre del Padre	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Nombre del Guardián	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Información del Seguro				
Nombre del Plan Primario			Número de Póliza	
Nombre del Asegurado <input type="checkbox"/> Igual que paciente			Fecha de nacimiento del titular del seguro / /	
Relación del paciente con el asegurado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro/a:		Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro		
Nombre del Plan Secundario			Número de Póliza	
Información de Farmacia:				
Nombre de Farmacia		Teléfono	Dirección	
Médico de Atención Primaria				
Médico Primario		Teléfono	Dirección	
¿Tiene una Directiva Anticipada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Tiene un Testamento de vida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otros Proveedores de Atención de Salud				
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
<p>Estoy de acuerdo en permitir que Harmony Healthcare LI me contacte con respecto a mi información privada de salud, evaluación y tratamiento.</p>				
Firma del Paciente o Representante			Fecha	
<p>Verifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.</p>				
Firma del Paciente o Representante			Fecha	

Formulario de Consentimiento de Harmony Healthcare LI, Inc.

Consentimiento para el tratamiento: Autorizo a Harmony Healthcare LI, Inc. (HHLI) y su personal médico, de enfermería y otros miembros del personal profesional, a proporcionar los servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que, a juicio del personal médico de HHLI, se consideran necesarios o aconsejables para mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidos los rayos X de diagnóstico, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de HHLI. La prueba del VIH ahora es parte de la atención de rutina y ya no se requiere el consentimiento por escrito. Tengo derecho a rechazar la prueba del VIH en cualquier momento. El HHLI ofrece servicios de planificación familiar. Entiendo que mi aceptación de los servicios de planificación familiar no es un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio ofrecido por el HHLI.

Divulgación de información: Autorizo a HHLI a utilizar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento de cuidado de la salud; (2) permitir que HHLI obtenga el pago por los servicios que me brinda; y (3) permitir a HHLI llevar a cabo operaciones comerciales y de atención de la salud ordinarias tales como la garantía de calidad, la planificación de servicios y la administración en general.

Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir información sobre:

- VIH o SIDA
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedad mental o cualquier condición de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Planificación familiar, embarazo y aborto
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas

Soy consciente de que Harmony Healthcare LI, Inc. puede compartir información con mis otros proveedores médicos para el tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de beneficios: Asigno a HHLI todos los beneficios a los que yo pueda tener derecho de parte de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y el tratamiento brindado por HHLI

Obligaciones Financieras: Estoy de acuerdo que, salvo que la ley limite o los acuerdos de HHLI con terceros pagadores, en el caso de falta de pago por parte de un tercero de quien yo he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios provisto en las instalaciones de HHLI de acuerdo con las tarifas y términos de HHLI vigentes a la fecha del servicio. También estoy de acuerdo en que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable.

Política de no presentarse a la cita- Aviso importante:

Recuerde ser cortés con nosotros y otros pacientes al llamar al menos 4 horas antes de la hora de su cita, para cancelar si no puede presentarse. Esto nos permitirá servir mejor a nuestros pacientes. Los pacientes que lleguen más de 15 minutos **tarde** a su cita serán considerados como que no se presentaron y deberán reprogramar su cita. **Para servicios dentales**, los pacientes que lleguen **más de 5 minutos tarde** a su cita serán considerados como que no se presentaron y deberán reprogramar su cita.

Informes al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York: Por la presente autorizo a HHLI a reportar cualquier inmunización que su personal médico me administre al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante del paciente para firmar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si el paciente no está firmando): _____



Healthix – Autorización de acceso a información del paciente

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección del paciente:	

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que Harmony Healthcare Long Island (incluidos sus agentes) acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley HIPAA [Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud] y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en www.healthix.org.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.	
<input type="checkbox"/>	1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que Harmony Healthcare Long Island acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud.
<input type="checkbox"/>	2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Harmony Healthcare Long Island acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podré hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando a Healthix al 877-695-4749.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente:	Fecha:
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde):	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde):

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:

1. **Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
 - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
 - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.
2. **Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de abuso de alcohol o drogas y diagnóstico • Control de natalidad y abortos (planificación familiar) • Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas) • VIH/SIDA • Enfermedades mentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de transmisión sexual • Medicación y dosis • Información sobre el diagnóstico • Alergias • Informes sobre la historia de uso de sustancias • Observaciones clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes sobre altas hospitalarias • Información laboral • Composición familiar • Apoyo social • Registros clínicos sobre reclamos • Pruebas de laboratorio
--	---	--
3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En Healthix podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando al 877-695-4749.
4. **Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.
5. **Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de Healthix con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
6. **Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, o llame a Harmony Healthcare Long Island al 516-296-3742 o visite el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
8. **Periodo Efectivo.** Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que cambie su elección de consentimiento, en el caso de un menor hasta que cumpla 18 años, o hasta 50 años después de su muerte o hasta el momento en que Healthix deje de operar. Si Healthix se fusiona con otra Entidad calificada, sus opciones de consentimiento permanecerán vigentes con la entidad recién fusionada.
9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Healthix mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE
LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD
PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Harmony Healthcare LI, Inc. (HHLI), el cual describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y divulgada por HHLI y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y divulgación de esta información.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (Imprimir): _____

Nombre del Representante Personal: _____
(Imprimir) (Si es aplicable)

Relación con el Paciente: _____
(Si es aplicable)



← Para consultar nuestro Aviso de Privacidad antes de firmar, escanee el código QR.
También podemos proporcionarle una copia impresa si la solicita.

Harmony Healthcare LI
Código de Conducta del Paciente

Harmony Healthcare LI (HHLI) cree en tratar a las personas con dignidad, respeto y cortesía.

Nuestro objetivo es apoyarlas para que estén sanas.

Para hacerlo, necesitamos tener un espacio seguro para todos los pacientes, clientes, familias y personal.

Como paciente, entiendo que HHLI espera que yo:

1. Sea respetuoso y considerado con los demás pacientes, el personal y cualquier otra persona en el centro de salud o en la propiedad de HHLI.
2. Sea respetuoso y considerado con la propiedad de HHLI y la propiedad de otras personas.
3. Proporcione información completa y correcta sobre mi salud. Esto incluye los problemas de salud que tengo ahora y he tenido en el pasado, los medicamentos que tomo, las veces que he estado en el hospital y cualquier otro asunto que tenga que ver con mi salud.
4. Proporcione la información correcta sobre mi seguro médico u otra información relacionada con el pago de mi atención.
5. Si tiene alguna pregunta sobre la atención o está insatisfecho con el servicio que recibió en nuestro consultorio, comuníquese con nuestro administrador del consultorio antes de salir de nuestra oficina para que se pueda tratar cualquier aclaración sobre su atención o los servicios que recibió.
6. Comunique todos los asuntos que desea discutir con el médico cuando programa su cita, para que se pueda asignar una cantidad de tiempo adecuada. Si no hace esto con anticipación, puede ser necesaria otra visita para que el médico pueda brindar a todos los pacientes el tiempo y la calidad de atención que merecen.
7. Las preguntas sobre su facturación del HHLI se pueden tratar comunicándose con el departamento de facturación al: 516-296-2700 Opción 1, Buzón núm. 60998
8. Sea cortés al usar su teléfono celular y otros dispositivos electrónicos. Cuando interactúe con cualquier miembro de nuestro personal, guarde sus dispositivos. Antes de guardarlo, configure el timbre para que vibre. No grabe ninguna parte de su visita al centro de salud sin el permiso del personal y de otros pacientes que pudieran ser grabados.
9. Se espera que los adultos supervisen a sus hijos.

Las siguientes conductas no son aceptables:

- Maldecir o decir palabrotas
- Usar lenguaje o un comportamiento amenazador o sexualmente inapropiado
- Intimidar o acosar al personal u otros pacientes
- Hacer amenazas de violencia o daño a través de llamadas telefónicas, cartas, buzón de voz, correo electrónico u otras formas de comunicación escrita, verbal o electrónica
- Agredir físicamente o amenazar con infligir daño corporal
- Dañar el equipo o la propiedad de la empresa
- Hacer gestos o comentarios amenazantes o despectivos
- Decir insultos raciales o culturales
- Poseer armas de fuego o armas
- Consumo de bebidas alcohólicas o drogas en el centro de salud o en la propiedad de HHLI
- Fumar en o cerca del centro de salud o la propiedad de HHLI
- Robar al centro, al personal del centro o a otros pacientes
- Publicaciones amenazantes o inapropiadas en las redes sociales sobre HHLI o su personal.

Esperamos que todos los pacientes sigan nuestro Código de Conducta. HHLI hará cumplir este Código de Conducta. Es posible que le pidamos que no venga a nuestro centro de salud si no lo sigue.

He recibido el Código de conducta del paciente. Entiendo mi responsabilidad de seguir el Código de conducta del paciente.

Firma del paciente

Nombre del paciente
en letra de imprenta

Fecha

Firma de testigo

Nombre del testigo
en letra de imprenta

Fecha

Determinación de Cumplimiento de los Requisitos para los Descuentos de Escala Móvil

Es la política de Harmony Healthcare LI Inc. (HHLI) la de ofrecerles servicios esenciales a todos los pacientes sin importar su capacidad para pagar. Los descuentos están establecidos por el Consejo de Directores para las consumidores de HHLI y se les ofrece con base en la información que las mismos consumidores proporcionan en cuanto al tamaño e ingreso familiar. Si usted cumple con los requisitos para los descuentos de la escala móvil de cuotas, ésta va a ser aplicada a todos los servicios que reciba en HHLI, pero no en aquellos servicios proporcionados fuera del Centro de Salud.

Por favor complete la siguiente información, aún si usted cuenta con seguro.

Ingreso Familiar Antes de Impuestos

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NÚMERO	Completo una sección de ingresos a continuación			
		INGRESO SEMANAL	INGRESO QUINCENAL	INGRESO MENSUAL	INGRESO ANUAL
Usted mismo					
Nombre:					
Cónyuge					
Menores dependientes					
Otros dependientes					
Total					

- ☐ Me niego a proporcionar la información sobre mi ingreso y el tamaño de mi familia y estoy de acuerdo en pagar la cuota completa de HHLI.

SE REQUIERE UNA PRUEBA DE INGRESO ACEPTABLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS CON BASE EN UNA ESCALA MÓVIL. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, POR FAVOR MANTEGA A HHLI INFORMADO.

- ☐ Yo certifico que toda la información arriba mostrada es verdadera, precisa y correcta. Entiendo que si HHLI determina que yo he tergiversado o falsificado información, no podré seguir recibiendo los descuentos y me pueden pedir que pague las descuentos que me han dado ofrecido.

- ☐ Estoy de acuerdo en proporcionar la documentación de mi ingreso en mi próxima consulta.

Nombre (Imprimir) _____ Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

El personal completará lo siguiente

- | | | | |
|---|---------|---------|-----------------------------|
| 1. Elegible para los requisitos para las descuentos de la escala móvil: | Sí ____ | No ____ | El pacientes se rehusó ____ |
| 2. En caso de haber respondido Sí, se proporcionó una prueba de ingreso | Sí ____ | No ____ | El pacientes se rehusó ____ |
| 3. Si cuenta con seguro, se proporcionó la tarjeta del seguro médico: | Sí ____ | No ____ | No aplica ____ |
| 4. El paciente no reporta ingresos: | Sí ____ | | |
| 5. El paciente no puede obtener una prueba del empleador: (Esto incluye paga en efectivo o ingreso de nómina) | Sí ____ | | |

Family Planning Sliding Scale Code (SS1- SS5 or N/A) _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

HIPAA protege la privacidad y seguridad de la información médica del paciente tanto en forma escrita como electrónica y establece medidas de seguridad que los proveedores de atención médica deben implementar para proteger esa información. También regula qué la información médica se puede transmitir a otros proveedores y compañías de seguros médicos. El formulario de Autorización para Divulgación de Información de Salud, cuando está firmado, nos permite solicitar una copia de su expediente médico de otros consultorios, individuos u organizaciones específicas, según los datos indicados en el formulario.

Revise la Autorización para la divulgación de información de salud en la página siguiente y complete las secciones correspondientes.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
	Número de Seguro Social:
Dirección:	

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 4802493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).

7. Información de contacto del proveedor de atención médica o de la entidad a la que se divulgara esta información (de quien):		
Nombre:	Dirección:	
Teléfono:		
8. Información de contacto de las personas o de las entidades que recibirán esta información (a quien):		
Nombre:	Dirección:	
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico (email):
Detalles de entrega: (Seleccione una) <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Fax (incluya número de fax arriba) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (incluya email arriba) <input type="checkbox"/> Recoger en HHLI Roosevelt <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ 380 Nassau Road Roosevelt NY 11575		
9 (a). Información específica a divulgar: <input type="checkbox"/> Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____ <input type="checkbox"/> El registro medico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica. <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Incluye: <i>(Indicar con iniciales)</i> _____ Tratamiento de alcohol/Drogas _____ Información de salud mental _____ Información relacionada con el VIH		

Autorización para discutir información médica

(b). ☐ Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo a _____
(Nombre del proveedor individual de atención medica)
para discutir mi información médica con _____

Relación al paciente: _____

10. Razón para divulgar la información:

☐ A solicitud de una persona individual

☐ Otro: _____

11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:

12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:

13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha:

***El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.**

Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)

Como paciente de una clínica del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

- (1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, identidad de género, nacionalidad o patrocinador;
- (2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;
- (3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;
- (4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;
- (5) ser informado y recibir un cálculo de los cargos cobrados por los servicios, tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa; elegibilidad para reintegro a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o a menor costo;
- (6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;
- (7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;
- (8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;
- (9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;
- (10) negarse a participar en un estudio de investigación;
- (11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);
- (12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante el New York State Department of Health (Departamento de Salud del estado de Nueva York)
- (13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;
- (14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;
- (15) acceder a su registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;
- (16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas; y
- (17) cuando corresponda, hacer saber sus deseos sobre la donación de órganos. Los mayores de dieciséis años podrán registrar su consentimiento para la donación de órganos, ojos o tejidos, en caso de fallecimiento, inscribiéndose en el Registro Donate Life del estado de Nueva York o registrando la autorización para la donación de órganos o tejido de varias maneras (por ejemplo, mediante poder para asuntos médicos, testamento, credencial de donante u otro instrumento firmado). En el centro podrá obtener un poder para asuntos médicos;
- (18) tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa;
- (19) recibir un cálculo del importe que se le facturará tras obtener los servicios.



Department
of Health