



Registro de Paciente
Fecha: _____

Registro para uso Médico Dental Ambos

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido(s)		Nombre		Segundo nombre	
Dirección			Ciudad	Estado	Código
Teléfono de casa		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	
Fecha de nacimiento __/__/____ (mes/día/año)	Edad	Género al Nacer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro	
Número de seguro social			Teléfono secundario		
Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro _____			Estado de trabajo <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguno		
Nombre de empleador/a		Dirección			
		Ciudad		Estado	Código
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de Contacto en caso de Emergencia		Relación al paciente		Fecha de nacimiento (mes/día/año) __/__/____	
Dirección		Ciudad		Estado	Código
Teléfono principal		Teléfono secundario		Otro Teléfono	
PERSONA RESPONSABLE DE PAGO (GARANTE)					
Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Dirección (si es diferente a la del paciente)		Ciudad		Estado	Código
Teléfono principal		Teléfono secundario		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO/DENTAL					
Compañía de Seguro		Suscriptor (si no es paciente)		Fecha de nacimiento	
Relación del suscriptor al paciente <input type="checkbox"/> Sí Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro, indique _____					
CONTACTAR A USTED					
¿En cual teléfono(s) podemos dejar mensajes y avisos de citas? ___ Casa ___ Celular ___ Trabajo					
¿Podemos dejar mensajes en los teléfonos que nos provee? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es que sí, cual:					
Mensajes breves sin información médica			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Mensajes detallados con alguna información médica			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
} <i>Escoje uno</i>					
Correo electrónico (No compartiremos esta información)					
PRIVILEGIO DE DISCUTIR: Indique con quienes se puede compartir su cuidado médico/dental					
NOMBRE Y APELLIDO		Fecha de nacimiento		Relación al paciente	
		__/__/____			
		__/__/____			
		__/__/____			
		__/__/____			
		__/__/____			



Registro de Paciente

Fecha: _____

Como un centro médico de fondos federales, la siguiente información nos ayudara obtener subsidios y otros fondos para mejorar nuestra clínica. Gracias por su ayuda.			
RAZA (marque todo lo que aplica): <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negarse a Informar/No Declarado			
ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> No hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> Negarse a Informar		Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Otro	
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		HOGAR: <input type="checkbox"/> Casa Unifamiliar <input type="checkbox"/> Ambiente Multi- familiar <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Otro	
SITUACIÓN DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Compartir vivienda <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido			¿Es usted veterano de las fuerzas armadas de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> Elijo No Revelar			
Usted Identifica Su Género Como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transexual a mujer <input type="checkbox"/> Mujer transexual a Hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elijo No Revelar			
¿Tiene una directiva por Anticipado de Cuidado Médico en los archivos de nuestra oficina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Desea mas información acerca de tal documento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Favor de leer las siguientes notas y poner sus iniciales al lado de cada una. Firme y anote la fecha.			Iniciales
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He leído y comprendo el "Aviso acerca de las prácticas de privacidad" de Blue Ridge Medical Center/Blue Ridge Dental Center (BRMC/BRDC).			
EXPEDIENTES MÉDICO/DENTAL: Le doy autorización a BRMC/BRDC para obtener los expedientes médicos de cualquier médico, consultorio o farmacia donde he recibido servicios para mejorar mi cuidado.			
NO PRESENTADO: Comprendo que hay una política para pacientes que no se presentan a sus citas. En el caso de que no me comunico con BRMC/BRDC por lo menos 24 horas con anticipación de mi cita para cancelar o reprogramar, comprendo que BRMC/BRDC puede tomar acción hasta incluso despedirme del consultorio.			
SEGURO MÉDICO/DENTAL: Autorizo a BRMC/BRDC proveer información a mi compañía de seguro médico/dental acerca de mi salud, cuidado de salud o cuidado dental. Asigno a BRMC/BRDC para recibir pagos de reclamaciones de seguro presentado por BRMC/BRDC por servicios médicos/dentales. Comprendo que soy responsable por el pago de todos los costos y que finalmente soy responsable de asegurar que mi seguro médico/dental cubra todas mis citas con especialistas los cuales fui referido por BRMC/BRDC.			
RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL PACIENTE: Comprendo que soy responsable por págo de los servicios recibidos en BRMC/BRDC, sea tarifa completa, tarifa mínima o escala prorcorcional. Pacientes con seguro conocen la responsabilidad de los pagos de copago, deducible y coaseguro. Todos los saldos pendientes están sujetos a derecho de recaudación.			
AUTORIZACIÓN DE ATENDER: Autorizo a BRMC/BRDC de atenderme por la condición en cual me presente en el consultorio.			
Firma del paciente/Padres o Tutor _____		Fecha _____	
Favor de presentar su tarjeta de seguro médico al registrarse.			
El representante de la registración tomara su fotografia para que podamos identificar a usted en cada cita. Esta foto es solo para uso en el consultorio.			
¿Como se entero de BRMC/BRDC? <input type="checkbox"/> Pariente/amigo <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Otro (indique) _____			
OR OFFICE USE ONLY			
Entered <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date: _____	Initial _____	Scanned <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			Date: _____
			Initial _____

Política respecto a las citas perdidas

Gracias por escoger a Blue Ridge Medical Center por sus necesidades de cuidado medico. En nuestro Centro usted puede esperar cuidado de alta calidad por profesionales atentos. Los pacientes de nuestra clínica tienen derechos y responsabilidades. Estos derechos y responsabilidades van incluidos en nuestro paquete de registración para nuevos pacientes, y también se encuentran puestos en varios lugares por el edificio. Una de las responsabilidades más importantes es mantener su cita programada y llegar a tiempo para su cita. Esto nos ayuda para poder brindarle un mejor cuidado medico y también mantiene acceso disponible a citas para otras personas de la comunidad que las entiende con firmar sus iniciales. Si tiene alguna pregunta por favor pregunte a una de las personas que trabajan en las ventanillas de registro.

1. Yo entiendo que si no me presento para mi cita programada, o si cancelo mi cita menos de 24 horas antes de la hora de la cita, la cita podrá ser reprogramada solamente con la autorización de doctor.

Iniciales _____

2. Yo entiendo que si falto en presentarme a tres citas dentro de doce meses, se me notificará que antes de volver a programar otra cita en BRMC, tendré que reunirme con uno/a de los líderes del equipo de servicios al paciente, o algún otro miembro designado del personal, para discutir las faltas a mis citas. Después de esta reunión, si vuelvo a faltar a otra cita, resultará en despido de la clínica y no podré hacer citas en el future.

Iniciales _____

3. Si como padre/madre/guardian yo causo que un paciente pediátrico falte a tres citas durante las etapas importantes de la infancia y/o citas de vacunas o si mi hijo(s) tiene condiciones ya diagnosticadas que requieren observación frecuente, y si Blue Ridge Medical Center no puede ponerse en contacto conmigo, seré remitido/a a los Servicios de protección al menor.

Iniciales _____

4. Yo entiendo que debo de llegar a mi cita por lo menos 15 minutos antes de la hora programada de mi cita, y si llego después de la hora programada de mi cita, mi doctor decidirá si necesito reprogramar la cita o no.

Iniciales _____

Firma

Fecha de hoy

Nombre de paciente

Fecha de nacimiento



La farmacia quiere actualizar sus registros. Favor de comparar la información en el recibo de sus medicamentos de la farmacia y haga nota de algún cambio en esta forma. (No olvide incluir su nombre y fecha de nacimiento, por favor.) Si usted gusta mandarnos de regreso esta forma por correo, por favor pida un sobre que tenga la dirección del remitente y con franqueo pagado. Favor de hacer una lista de cualquier nueva alergia a medicamentos o alimentos o nuevas condiciones medicas, incluso el embarazo y fecha del parto. Esta información será confidencial pero es requerida por la farmacia de Blue Ridge Medical Center, igual por las leyes del estado, para que así podamos proveer un servicio apropiado de Farmacia. Gracias.

Apellido(s) del paciente _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del paciente _____

Fecha probable del parto ____/____/____

Inicial del Segundo Nombre _____

Numero de seguridad social ____-____-____

Dirección _____

Sexo: (marque uno) Masculino Femenina

Ciudad _____

Raza: Afro-Americano Blanco
 Americano nativo Hispano Otra

Estado y código _____

Favor de verificar y continuar abajo/reverso

Numero de teléfono (____) ____-____

Idioma preferido: ingles español

Otro numero (____) ____-____

(por ejemplo de un amigo o alguien de la familia)

Favor de presentar su tarjeta de seguro

Poseedor de tarjeta: _____

Relación al poseedor: Esposo/a, Hijo/a, estudiante

Numero de teléfono de trabajo (____) ____-____

Email (opcional): _____

¿Quiere usted que recetamos medicamentos genéricos cuando sea posible? (La Política en BRMC es usar medicinas genéricas cuando sea posible. Las tenemos que usar por la mayoría de compañías de seguro y planes de asistencia de BRMC.)
 Sí (Consideremos "sí" si ninguna este marcado) No

Si tiene niños en casa, para prevenir el consumo accidental de medicamentos, favor de pedir un envase que sea resistente a los niños. ¿Quiere que sus medicamentos sean surtidos en paquetes resistentes a los niños? Yes No

Favor de nombrar cualquier enfermedad que usted tenga:	1.	2.	3.
4.	5.	6.	7.
8.	9.	10.	11.



	Medicamentos que este tomando en este momento (incluso sin receta, tratamientos de hierbas, etc.)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

	Alergias a Medicamentos o Alimentos
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Firma: _____ Fecha: ___/___/____ Relación al paciente: _____

No quiero proveer esta información:
 Firma: _____ Fecha: ___/___/____ Relación al paciente: _____
 (Por lo menos necesitamos su nombre, dirección de casa y fecha de nacimiento para llenar sus recetas. Gracias— Farmacia de BRMC)

Blue Ridge Medical Center
4038 Thomas Nelson Highway
Arrington, VA 22922-2302

Phone (434)263-4810
Fax: (434)263-6360

BLUE RIDGE MEDICAL CENTER

4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA 22922
 Phone: 434-263-4000 Fax: 434-263-4160 Email: slide@brmedical.com

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

****Solicitudes sin comprobante(s) de todos los ingresos o sustentos NO SERAN PROCESADAS (Vea Atrás)****

Nombre: _____ Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Email: _____

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

"Familia/Hogar" incluye usted, Esposo(a) / Compañera/Prometido, y dependes (como lo define IRS) ** Si alguien lo reclama como depende, entonces anote los otros miembros del hogar.

Lista de Familia/Hogar miembros: <i>Si necesita más espacio, Puede usar otra página.</i>	Fecha de Nacimiento	Relación al Solicitante	Ingreso Bruto al mes **COMPROBANTE NECESARIO**	Nombre de Empleador (si trabaja); O Fuente de ingreso	¿Estudiante Tiempo Completo?	Raza
Si mismo		Si mismo				

¿Cuántos hay en su familia/hogar? _____ Si está desempleado, en qué fecha terminó su trabajo: _____

Solicitante: ¿Cada cuando le pagan? _____ Fecha de Empleo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Otro Solicitante: ¿Cada cuando le pagan? _____ Fecha de Empleo: _____ Teléfono de trabajo: _____

¿Si NO tiene ingreso o tiene Ingreso BAJO, como se mantiene (provea comprobante)? _____

¿Alguien en su familia recibe? (circule) **PROVEE COMPROBANTE / DOCUMENTACION DE TODO.**

Estampillas/Cupones de Alimentos: Si / No Cantidad: \$	Subsidio de Desempleo: Yes / No
Sustento Infantil: Si / No Cantidad: \$	Discapacidad: Aprobada o Pendiente: Si / No Cantidad: \$
Pensión Matrimonial: Si / No Cantidad: \$	¿Recibe dinero de Renta? Si / No Cantidad: \$

¿Alguien en su hogar tiene seguro medico? Si / No Nombre(s): _____ ¿Seguro? _____
 (Incluyendo Medicare o Medicaid) Nombre(s): _____ ¿Seguro? _____

DECLARACION: La información provista arriba, a mi entendimiento es, completo, correcto y verdadero. Comprendo que si doy información falsa, o no entrego información, o si niego a reportar cambios de ingreso, voy a ser descalificado del programa; y acusado de perjurio, robo, y/o fraude. Yo autorizé liberar toda información a la que Blue Ridge Medical Center pueda necesitar para determinar para ver si califico para el Programa de Asistencia Financiera.

Firma de Solicitante :	Fecha:
Otro adulto y/o Firma de Compañero: (vea atrás, parte #3)	Fecha:

Office Use Only (below this line)

BRMC: Income: _____ S S Status: _____ Eff. Dates: _____ Date/Init.: _____
 RHOP: Wellness Plan? Y / N (Circle) Eff. Dates: _____ Migrant? Y / N (Circle) Date/Init.: _____

SOLICITUDES SIN COMPROBANTE DE TODO(S) LOS INGRESOS O SUSTENTOS NO SERAN PROCESADOS

****VEA ATRÁS****

Spanish M/S App. 2014 07.03.14/ms/gjf

BLUE RIDGE MEDICAL CENTER

4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA 22922
Phone: 434-263-4000 Fax: 434-263-4160 Email: slide@brmedical.com

****Solicitudes sin comprobantes de ingresos o de algún otro sustento NO SERAN PROCESADAS****

1. **Llene todos los espacios en blanco e incluya comprobantes de todos los ingresos.** Si no hay ingresos, vea “DESEMPLEADO – SIN INGRESO O INGRESO BAJO”, abajo. Solicitudes incompletas o con falta de comprobante de ingresos *serán* devueltas y demorando significativamente el proceso. **Usted será responsable de pagar costo completo por consulta hasta que su aplicación sea procesada.**
2. **Otros Adultos en el hogar:** Si usted es cónyuge/pareja/novio(a)/prometido(a) en el hogar, comprobantes de sus ingresos son REQUERIDOS. Si usted es un adulto “dependiente” – vea #3.
3. **“Otro Adulto y/o Pareja”:** Por favor firme esta solicitud si usted vive en el hogar y desea ser considerado para este programa Y usted es uno de los siguientes.
 - Un hijo adulto del solicitante. (**Hijos adultos dependientes deben proveer COMPROBANTE de dependencia – IRS 1040**); O
 - Pareja de hecho (prometido/a, novio/a) del solicitante.

Los siguientes tipos de documentos son requeridos como validos para documentar su ingreso:

- **EMPLEADO:**
 - Si estuvo empleado durante todo el año anterior, entonces los impuestos de IRS 1040 del año anterior, o
 - 1 mes de talones/colillas de cheque **Actuales** mostrando su ingreso bruto, o
 - Una carta de su empleador/patrón mostrando su salario bruto de 1 mes actual
- **TRABAJO POR CUENTA PROPIA:** Impuestos Federales (IRS 1040) del año anterior, junto con Schedule C
- **DESEMPLEADO – SIN INGRESO O INGRESO BAJO:** Una declaración de familiar o amigo declarando su sustento financiero y su falta de ingreso o empleo
- **SUBSIDIO DE DESEMPLEO O COMPENSACION AL TRABAJADOR:** Documentación verificando cantidad de beneficios semanales o carta de negación
- **BENEFICIOS DEL GOBIERNO:** Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario(SSI), Beneficios de Excombatientes(VA), Discapacidad, u otros beneficios del gobierno
 - Carta de Seguro Social confirmando o negando y enumerando cantidad bruta mensual
 - IRS 1099 mostrando la cantidad anual (si se recibe durante un año total)
- **SERVICIOS SOCIALES:**
 - SNAP “Noticia de Acción” para Estampillas/Cupones de Alimentos, Ayuda para Niños Dependientes, Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas(TANF), Vivienda, etc.
- **OTROS RECURSOS:** Provea comprobante legal o carta de adjudicación oficial
- **SIN HOGAR:** Carta del albergue, si el cliente está sin hogar
- **BIENES LIQUIDOS:** Proveer factura(s) del Banco o Cooperativa de Crédito
 - Inversiones, Certificado de Depósito(CD’S) , Interés, Dividendos
- **OTRO:** Copia de los papeles de custodia para los dependientes anotados

Comentarios: Puede usar esta área para explicar circunstancias que piense nos pueda ayudar.

SOLICITUDES SIN COMPROBANTE DE TODO(S) LOS INGRESOS O SUSTENTOS NO SERAN PROSESADOS

******VEA ATRÁS******

Spanish M/S App. 2014 07.03.14/ms/gjf

Decrechos del Paciente

Come paciente del Centro Médico de Blue Ridge Usted tiene derecho a:

1. Usted tiene derecho a tener información acerca de su enfermedad del tratamiento y del pronóstico. Esta información se la debe dar el personal medico a cargo de su caso, en un lenguaje que usted pueda entender.
2. Usted tiene derecho a tomar decisiones acerca de su tratamientos. Tiene derecho a saber por qué necesita el tratamiento y quién será el proveedor de ese servicio.
3. Usted tiene derecho a rechazar el tratamiento y a saber cuales son las consecuencias de esa decisión.
4. Usted tiene derecho a que toda la información acerca de su enfermedad y tratamiento sea manejada confidencialmente.
5. Usted tiene derecho a conocer el nombre del profesional a cargo de su cuidado. Además tiene derecho a conocer el nombre de todos los profesionales que intervengan en su cuidado.
6. Usted tiene derecho a decidir si acepta o rechaza participar en estudios o experimentos relacionados con el tratamiento de su enfermedad.
7. Usted tiene derecho a revisar su cuenta de cobro y hacer preguntas al respecto.
8. El cuidado de la salud es más eficiente cuando hay una relación abierta de confianza entre el paciente y los profesionales que lo están cuidando. Nosotros haremos todo lo que esté a nuestro alcance para que Usted reciba el mejor cuidado posible.
9. Nos gustaria saber si tiene alguna preocupación con respecto a su tratamiento, o su seguridad. Por favor comuníquelo a su medico, enfermera o Director Ejecutivo.
10. Si su problema no es resuelto por el Director Ejecutivo, se puede comunicar con la Comisión Conjunta de Acreditación en: la División de Operaciones de Acreditación.

Oficina de Monitoreo de Calidad

Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Proveedoras de Servicios de Salud
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181
Phone: 630-792-5636
E-mail: complaint@jcaho.org

Responsabilidades del Paciente

Como Paciente del Centro Médico de Blue Ridge, Usted debe:

1. Llegar a tiempo a sus citas.
2. Cancelar las citas que no pueda cumplir.
3. Proveer la información necesaria para el proceso de facturación a las aseguradoras.
4. Ser respetuoso de las propiedades de otras personas y del centro médico.
5. Ser considerado con los otros pacientes y el personal.
6. Usar un lenguaje apropiado y evitar ruidos excesivos.
7. NO fumar. (BRMC es una institución libre de humo incluyendo toda la propiedad).
8. Traer los medicamentos que esta tomando cada vez que tenga una cita.
9. Comunicar sus preocupaciones o necesidades a su médico o enfermera.
10. Ser un participante activo en determinar su plan de tratamiento con el profesional que lo esta tratando.
11. Seguir su plan de tratamiento y tomar responsabilidad por las consecuencias si su decisión es rechazar el plan de tratamiento o no seguirlo.
12. Entender y asumir su responsabilidad financiera con el Centro Médico de Blue Ridge.
13. Informar al Director Ejecutivo en caso de no estar satisfecho con el servicio recibido.



Directivos de Avances Médicos

Su Derecho A Decidir Comunicándole Sus Preferencia de Cuidados Médicos

Blue Ridge Medical Center esta de acuerdo a su derecho de hacer decisiones a su future cuidado medico. Es importante que usted exprese sus decesos a su proveedor para que se pueda comunicar así a su cuidado medico.

En 1990, el Congreso paso la **Acta de Propia Determinación** que requiere facilidad que la facilidad le deje saber a la comunidad sus derechos al cuidado medico. Estos derechos incluyen el derecho a aceptar o negar el Derecho a un Avance Directivo.

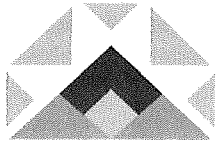
Nunca sabemos cuando una enfermedad médica nos ya a dejar incapacitados a hacer nuestras propias decisions médicas. Para su tranquilidad es importante hablar de sus valores y deseos médicos y tratamiento y poner estos deseos en escrito.

Un **Avance Medico Directivo** es un plan que expresa sus decisions de su salud cuando usted no sea capaz de hacerlo propio.

Con respecto a la porción de sus Instrucciones Médicas Anticipadas relativo a los Tratamientos para Prolongar la Vida, el Centro Médico Blue Ridge le estabilizará a usted/al paciente y le transferirá al cuidado de un hospital. Una copia de las Instrucciones Médicas Anticipadas suyas/del paciente le acompañará a usted/al paciente.

Pregúntele a su Proveedor por más información si no tiene un Avance Medico Directivo archivado en Blue Ridge Medical Center. Su Proveedor y su enfermera le pueden dar más información y andarle a completar el documento oficial.

4038 Thomas Nelson Highway | Arrington, Virginia 22922 | Ph: 434.263.4000 | F: 434.263.4160



Blue Ridge

MEDICAL CENTER

4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA 22922 (434) 263-4000 (ph) (434) 263-4160 (fax)

Fecha en que toma efecto: 1 de Septiembre, 2013.

Aviso sobre las Practicas de Privacidad

Como es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado del Acta de la Ley Portabilidad y Responsabilidad de Los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés)

Este aviso describe de que manera la información sobre su salud siendo usted un paciente de Blue Ridge Medical Center puede ser utilizada y divulgada, y como usted puede obtener acceso a su información de salud individual identificable.

Por favor lea atentamente este aviso.

A. Nuestro compromiso a su privacidad:

Nuestra practica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud individual identificable (también llamada información de salud protegida, PHI por sus siglas en inglés). Al manejar nuestra práctica, crearemos archivos sobre usted y sobre los tratamientos y servicios que reciba. Estamos obligados por la ley el mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica a su persona. También estamos obligados por la ley a proveerle este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica respecto a su PHI. Bajo las leyes federales y estatales, tenemos que atenernos a las condiciones del Aviso de las Prácticas de Privacidad que están en vigencia en ese momento.

Reconocemos que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su PHI
- Sus derechos de privacidad en su PHI
- Nuestras obligaciones respecto al uso y a la divulgación de su PHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los archivos que contienen su PHI que son creados o conservados por nuestra oficina. Reservamos el derecho de modificar o enmendar este Aviso Acerca de las Prácticas de Privacidad. Cualquier modificación o enmienda a este aviso entrará en vigor para todos los archivos que nuestra oficina haya creado o conservado en el pasado, y para cualquiera de sus archivo que podamos crear o conservar en el futuro. Nuestra oficina pondrá una copia del Aviso en vigencia en una ubicación siempre visible en nuestras oficinas, y usted puede pedir una copia del Aviso más actual en cualquier momento.

B. Si tiene preguntas sobre este aviso, por favor comuníquese con: Administrador, Blue Ridge Medical Center, 4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA 22922 Teléfono: 434-263-4000.

C. Podemos utilizar y divulgar su información de salud de las siguientes formas:

1. Tratamiento. Nuestra oficina puede utilizar su información (PHI) para darle tratamiento. Por ejemplo, puede que le pidamos que se haga exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre u orina), y puede que utilicemos aquellos resultados para ayudarnos a diagnosticarlo. Puede que utilicemos su información (PHI) para escribirle una receta médica, o quizás podríamos divulgar su información (PHI) a la farmacia cuando le ordenamos una receta médica. Muchas de las personas que trabajan para nuestra oficina – incluyendo a los doctores y las enfermeras- podrían utilizar o divulgar su información (PHI) para otorgarle tratamiento o para ayudarle a otros en su tratamiento. También, puede que divulguemos su información (PHI) a aquellos que ayuden en su cuidado, como su cónyuge, hijos, o padres. Finalmente, puede que también divulguemos su información (PHI) a otros profesionales de la salud para propósitos relacionados con su tratamiento.

2. Pago. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) para facturar y cobrar por los servicios y artículos que usted reciba de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguranza de salud para certificar que tiene derecho a beneficios (y para qué tipo de beneficios), y podemos proveerle detalles a su aseguranza respecto a su tratamiento para determinar si su aseguranza lo cubrirá, o pagará por su tratamiento. También puede que utilicemos o divulguemos su información (PHI) para obtener pago de terceros, quienes podrían ser responsables por los gastos, tales como miembros de su familia. También podemos utilizar su información (PHI) para cobrarle directamente por servicios y artículos. Puede que también divulguemos su información (PHI) a otros proveedores y entidades del cuidado de la salud para asistirlos en sus esfuerzos en lo referente a facturación y colección de pagos.

3. Operaciones del Cuidado de la Salud. Nuestra oficina puede utilizar su información (PHI) para llevar a cabo la operación de nuestro negocio. Ejemplos de cómo podríamos utilizar y divulgar su información para efectuar nuestras operaciones serían si nuestra oficina usa su información (PHI) para evaluar la calidad del cuidado de salud que usted recibió por parte de nosotros, o para efectuar actividades para administrar costos o planes de negocios para nuestra oficina. Puede que también divulguemos su información (PHI) a otros profesionales, proveedores y entidades del cuidado de la salud para asistirlos en sus operaciones del cuidado de la salud.

4. Recordatorios de citas. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) para comunicarse con usted y recordarle que tiene una cita. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) para informarle sobre opciones potenciales de tratamientos u otras alternativas. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) para informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle a usted.

5. Revelar su Información a su Familia / Amistades. Nuestra oficina puede revelar su información (PHI) a una amistad o a un familiar que esté involucrado en su cuidado, o quien ayuda a cuidarlo. Por ejemplo un padre o guardián puede pedirle a la niñera que lleve al niño a la oficina de un pediatra para el tratamiento de un resfrío. En este ejemplo, la niñera puede que tenga acceso a la información médica del niño.

6. Divulgación Requerida por la Ley: Esta oficina utilizará y divulgará su información (PHI) cuando las leyes federales, estatales o locales nos obliguen a hacerlo.

D. Utilización y divulgación de su información (PHI) en ciertas circunstancias especiales: Las siguientes categorías describen situaciones extraordinarias en las cuales podemos utilizar o revelar su información de salud identificable:

1. Riesgos de Salud Pública. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) a las autoridades de la salud pública que están autorizadas por ley para juntar información para el propósito de:

- Mantener registros vitales, tales como nacimientos y fallecimientos
- Reportar abuso o abandono de niños
- Prevenir o controlar una enfermedad, lesión, o incapacidad
- Notificar a una persona respecto a la exposición potencial de una enfermedad contagiosa
- Notificar a una persona respecto a un riesgo potencial de comunicar o contraer una enfermedad o condición
- Reportar reacciones a ciertas drogas o problemas con productos o aparatos
- Notificarle a individuos si un producto o aparato que están usando ha sido revocado del mercado
- Notificar a la(s) agencia(s) gubernamental(es) apropiada(s) respecto al abuso o abandono potencial de un paciente adulto (incluyendo la violencia doméstica); sin embargo, solamente revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por la ley a divulgar esta información
- Notificar a su patrón, bajo circunstancias limitadas, relacionadas principalmente a una lesión que ocurrió en el trabajo o enfermedad o inspección médica.

2. Actividades de Vigilancia de Salud. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, acciones de licenciamiento y disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales u otras actividades necesarias para que el gobierno vigile programas gubernamentales, acatamiento a las leyes de los derechos civiles y del sistema del cuidado de la salud en general.

3. Litigios legales y Trámites similares. Puede que nuestra oficina utilice y divulgue su información (PHI) como respuesta a una orden de la corte o administrativa, si usted está involucrado en una demanda legal o un proceso similar. También podríamos divulgar su información (PHI) al responder a una revelación de pruebas, citación judicial, u otro proceso legal efectuado por terceros involucrados en la disputa, pero solamente si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden para proteger la información que terceros han solicitado.

4. Cumplimiento de la Ley. Podemos revelar su información (PHI) si nos lo es solicitado por un oficial del cumplimiento de la ley:

- Respecto a una víctima de un crimen en ciertas situaciones si no podemos obtener el consenso de la persona
- Respecto a un fallecimiento que creamos haya sido el resultado de alguna conducta criminal
- Respecto a conducta criminal en nuestras oficinas
- En respuesta a una justificación, mandato, orden o citación judicial o algún trámite legal similar
- Para identificar/ubicar a un sospechoso, testigo importante, fugitivo o persona desaparecida
- En una emergencia, para reportar un crimen (incluyendo la ubicación de la(s) víctima(s) del crimen, o la descripción, identidad, o ubicación del perpetrador)

5. Pacientes Fallecidos. Nuestra oficina puede revelar el IHI a un examinador médico o pesquisador para identificar al individuo fallecido o para identificar la cause de muerte. Si es necesario, también podríamos revelar información para que un director de una funeraria pueda desempeñar su trabajo.

6. Donación de Órganos y Tejidos. Nuestra oficina puede revelar su información (PHI) a organizaciones que manejan la adquisición o el transplante de órganos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de donaciones de órganos, como sea necesario, para facilitar la donación y el transplante de órganos o tejidos si usted es un donante de órganos.

7. Investigaciones. Puede que nuestra oficina utilice y divulgue su información (PHI) para propósitos de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para utilizar su información (PHI) para propósitos de investigación **excepto cuando** un IRB o Junta de Privacidad ha determinado que la dispensa de su autorización satisface todas las siguientes condiciones:

- (A) El uso o divulgación involucra no más que un mínimo riesgo a la privacidad de un individuo, basado en lo siguiente: (i) un plan adecuado para proteger a los identificadores del uso o divulgación inapropiados; (ii) un plan adecuado para destruir a los identificadores a la más temprana oportunidad consistente con la investigación (a menos de que haya una justificación de salud o de investigación para retener los identificadores o si dicha retención es de otro modo requerida por la ley); y (iii) garantías adecuadas y por escrito que el PHI no volverá a ser utilizado o divulgado a ninguna otra persona o entidad (excepto cuando la ley lo requiere) para la inclusión autorizada en estudios de investigación, o en otras investigaciones para las cuales el uso o divulgación serían permitidas de otro modo.
- (B) el estudio no podría ser conducido prácticamente sin la dispensa,
- (C) el estudio no podría ser conducido prácticamente sin acceso al o uso del PHI.

8. Amenazas Serias a la Salud o Seguridad. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) cuando sea necesario para disminuir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otro individuo o del público. Bajo estas circunstancias, solamente le haríamos la divulgación a la persona u organización capaz de ayudarnos a prevenir la amenaza.

9. Militares. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas de EE.UU. o de otro país (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.

10. Seguridad Nacional. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) a oficiales federales para actividades de seguridad nacional e información secreta autorizadas por la ley. También podemos divulgar su información (PHI) a oficiales federales para proteger al Presidente, a otros oficiales o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones.

11. Presos. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) a instituciones correccionales o a oficiales del cumplimiento de la ley si usted es un preso o si está bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación para estos propósitos sería necesaria: (a) para que la institución le provea servicios para el cuidado de su salud, (b) para la seguridad y protección de la institución, y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros individuos.

12. Compensación al Trabajador. Nuestra oficina puede revelar su información (PHI) al programa de compensación al trabajador o a programas similares.

E. Sus derechos respecto a su información (PHI)

Usted tiene los siguientes derechos respecto al PHI que llevamos sobre usted:

1. Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho a pedir que nuestra oficina se comunique con usted respecto a los asuntos sobre su salud y aquellos relacionados con ella, de una cierta manera o en una cierta ubicación. Por ejemplo, nos puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa en vez de en su trabajo. Para solicitar alguna comunicación confidencial, debe hacer una solicitud por escrito a **Administrador (434) 263-4000** especificando el método de contacto que quiere, o la ubicación dónde desea ser contactado. Nuestra oficina se acomodará a todas las solicitudes **razonables**. No necesita darnos una razón por su solicitud.

2. Solicitud de Restricciones: Usted tiene derecho a pedir que pongamos una limitación en el uso divulgación de su información (PHI) para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Además, tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su información (PHI) a solamente ciertos individuos involucrados con su cuidado o con el pago de su cuidado, tales como familiares o amistades. **No estamos obligados a asentir con su solicitud;** sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos sujetos a nuestro convenio excepto cuando lo contrario sea requerido por ley, en emergencias, o cuando la información sea

necesaria para proporcionarle tratamiento. Para pedir limitaciones en el uso o divulgación de su información (PHI), deberá hacerlo por escrito dirigiéndose a: **Administrador, Blue Ridge Medical Center, 4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA 22922.**

Su solicitud debe describir en forma clara y concisa: 1) La información que desea restringir, 2) Si la restricción es para limitar el uso en nuestra oficina, en la divulgación, o en ambos casos, 3) A quién quiere que sean aplicable los límites o las restricciones

3. Inspección y Copias. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información (PHI) que se utiliza para tomar decisiones sobre su persona, incluyendo los archivos médicos y las facturas en su ficha médica, pero no incluyendo apuntes de psicoterapia. Deberá someter su solicitud por escrito al Supervisor de los Archivos Médicos (Medical Records Supervisor) al 434-263-4000 para poder inspeccionar y/o obtener una copia de su información (PHI). Puede que nuestra oficina le cobre un cargo para cubrir los gastos de copiar, enviar, de la labor y de las provisiones asociadas con su solicitud. Nuestra oficina puede rechazar su solicitud para inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede pedir que revisemos el rechazo. Las revisiones serán realizadas por otro profesional licenciado del cuidado de la salud, seleccionado por nosotros.

4. Enmiendas. Puede pedirnos que corrijamos su información de salud si cree que está incorrecta o incompleta, y puede pedirnos una enmienda o corrección mientras la información esté siendo llevada por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, la solicitud debe hacerse por escrito y ser dirigida al Supervisor de Archivos Médicos (Medical Records Supervisor) al 434-263-4000. Debe darnos una razón que apoye su solicitud para una enmienda o corrección. Nuestra oficina rechazará su solicitud si usted no envía su solicitud (y la razón apoyando su solicitud) por escrito. También podemos rechazar su solicitud si usted nos pide que modifiquemos alguna información que es, en nuestra opinión, (a) correcta y completa; (b) no es parte de la información (PHI) llevada por o para la oficina; (c) no es parte de la información (PHI) que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) que no fue creado por nuestra oficina, a menos que el individuo o la entidad que creó la información no está disponible para corregir la información.

5. Informe de Divulgaciones. Todos nuestros pacientes tienen el derecho de pedir un "informe de divulgaciones". Un "informe de divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones que nuestra oficina ha hecho con su información (PHI) por razones relacionadas con tratamiento, pago o operaciones. No estamos obligados a documentar el uso en nuestra oficina de la información (PHI) que es parte del cuidado de salud de rutina, por ejemplo, cuando un doctor comparte información con una enfermera, o cuando el departamento de facturación usa su información para realizar el reclamo a su aseguranza. Para obtener un informe de divulgaciones, deberá someter su solicitud por escrito dirigiéndose a Supervisor de Archivos Médicos (Medical Records Supervisor) 434-263-4000. Todas las solicitudes para un "informe de divulgaciones" deben contener un plazo que no puede ser más de seis (6) años desde la fecha de la divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses es gratis, pero nuestra oficina le puede cobrar por listas adicionales durante un mismo período de 12 meses. Nuestra oficina le informará de los gastos relacionados con las solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de incurrir algún gasto.

6. Derecho a una Copia Impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso acerca de las prácticas de privacidad. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, contacte a cualquiera de los empleados de nuestra oficina.

7. Derecho a Registrar una Queja. Si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede registrar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para registrar una queja con nuestra oficina, diríjase a Administrador, Blue Ridge Medical Center, 4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA, 22922. Todas las quejas deberán ser sometidas por escrito. **Usted no será penalizado por registrar una queja.**

8. Derecho a Proporcionar una Autorización para otros Usos y Divulgaciones. Nuestra oficina obtendrá una autorización escrita para usos y divulgaciones que no están identificadas en este aviso o que son permitidas por las leyes aplicables. Cualquier autorización que usted nos proporcione respecto al uso y divulgación de su información (PHI) puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no utilizaremos o divulgaremos su información (PHI) por las razones descritas en la autorización. Favor de tomar nota que estamos obligados a mantener archivos acerca de la atención proporcionada.

Nuevamente, si tiene cualquier pregunta acerca de este aviso o sobre nuestra política de la privacidad de la información acerca de su salud, favor de comunicarse con el Administrador al 434-263-4000.

9. Blue Ridge Medical Center debe notificar a los individuos afectados por las infracciones a sus datos no garantizados.