



Estimado paciente,

Gracias por elegir The Smile Connection en Bond Community Health Center, para sus necesidades dentales. Adjunto encontrará nuestro paquete de inscripción y nuestro folleto. Complete los formularios y envíelos a la recepcionista de recepción o tráigalos el día de su cita dental.

También deberá traer los siguientes documentos:

1. Tarjeta de seguro (Medicaid)
2. Identificación válida con foto (licencia de conducir, identificación del estudiante, etc.)
3. Tarjeta de Seguridad Social

Si no tiene seguro de Medicaid, envíe lo siguiente:

4. Prueba de ingresos: (La lista a continuación debe usarse solo como guía y puede no incluir todas las pruebas de ingresos. Proporcione todas las que correspondan)
 - a. Dos (2) de sus recibos de sueldo más recientes
 - b. segundo. Declaración de impuestos actual (o prueba de exención de presentación)
 - c. Estudiantes (Resumen de ayuda financiera)
 - d. Compensación de trabajadores
 - e. Asistencia gubernamental (SSI, desempleo, cupones de alimentos, asistencia en efectivo, manutención infantil, etc.)
 - f. Carta de empleo notariada (indicando salarios y frecuencia de pago)
 - g. Prueba del tamaño del hogar (tarjeta de seguro social y / o certificado de nacimiento de cada individuo en el hogar)
 - h. Lista de todos los medicamentos de venta libre y recetados.

Planee llegar al menos 20 minutos antes de la hora de su cita para completar el papeleo. Pago a pagar en el servicio! ;SIN EXCEPCIONES! Aceptamos EFFECTIVO, TARJETAS DE CRÉDITO / DÉBITO SIN CHEQUES. Si llega 15 minutos tarde o más, su cita será reprogramada. SIN EXCEPCIONES



Registro de Pacientes

Información General

Nombre del paciente: _____ Seguridad Social: _____

Primer Apellido Inicial

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Sexo: M F Transgénero Raza: _____ Años: _____ cumpleaños: _____

Idioma: _____ Necesitas ayuda con la traducción? Sí No

Tienes discapacidades físicas? Sí No

Por favor circule abajo:

Etnia: No Hispano / Hispano Estado Civil: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo

Email: _____

Nombre de la parte responsable: _____ Empleado por: _____

Nombre del Negocio: _____ Teléfono de negocios: _____

Dirección de Negocios: _____

Ingreso mensual: _____ Número de dependientes: _____

Fuente de Ingreso

AFDC: \$ _____ SSI: \$ _____ Pensión: \$ _____ Manutención de los hijos: \$ _____

Seguridad Social: \$ _____ Auto-Empleo: \$ _____ Desempleo: \$ _____

Nivel de educación

Preparatoria no Completada Diploma de escuela secundaria Educación Universitaria

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Otra persona autorizada para llevar a su hijo al dentista.? _____

Seguro Primario

Medicare #: _____ Medicaid #: _____ Grupo #: _____

Compañía de seguros: _____ Contact #: _____ Abonado #: _____



Asignación y Liberación

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información proporcionada es precisa. Entiendo que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los cargos no cubiertos por el seguro del programa para el que califico. Entiendo que todas las tarifas se deben pagar por adelantado por los servicios. Por la presente autorizo a The Smile Connection en Bond Community Health Center a divulgar cualquier información para cobrar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los pagos y envíos de seguros.

Firma del Paciente (tutor)

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



Historial Médico / de Salud Dental del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono #: _____

Para las siguientes preguntas, circule SÍ o NO. No deje preguntas sin responder, ya que se utilizan para brindar una atención de calidad al paciente. Por favor conteste honestamente. La información obtenida es confidencial.

Tiene el paciente o ha tenido alguno de los siguientes Síntomas / Afecciones / Tratamientos?

Depresión	SÍ	NO	Artritis	SÍ	NO
Mareo	SÍ	NO	Bronquitis	SÍ	NO
Desvanecimiento	SÍ	NO	Cáncer (por favor verifique)	SÍ	NO
Fiebre	SÍ	NO	Diabetes (tipo I, II, gestacional)	SÍ	NO
Dolor de cabeza	SÍ	NO	Enfisema	SÍ	NO
Nerviosismo / Ansiedad a las visitas al médico	SÍ	NO	Epilepsia	SÍ	NO
Herpes labial / Ampollas de fiebre	SÍ	NO	Enfermedad del corazón	SÍ	NO
Náuseas vómitos	SÍ	NO	Hepatitis (por favor verifique)	SÍ	NO
Colesterol alto	SÍ	NO	Herpes	SÍ	NO
Accidente erebrovascular médico	SÍ	NO	Enfermedad del riñon	SÍ	NO
Anemia / Discrasias sanguíneas	SÍ	NO	Enfermedad del hígado (cirrosis)	SÍ	NO
Anemia falciforme	SÍ	NO	Mononucleosis	SÍ	NO
Sangrado excesivo / Moretones fácilmente	SÍ	NO	Marcapasos	SÍ	NO
Transfusión de sangre	SÍ	NO	Válvula Cardíaca protésica / Stints / Shunts	SÍ	NO
Alergias (incluidos mariscos / látex)	SÍ	NO	Reemplazo Artificial de Articulaciones? Cadera / Rodilla	SÍ	NO
Asma	SÍ	NO	Cirugías mayores	SÍ	NO
Problemas tiroideos	SÍ	NO	Xerostomía (boca seca)	SÍ	NO
SIDA / VIH	SÍ	NO	Dolor de pecho	SÍ	NO
Alcoholismo	SÍ	NO	Presión arterial alta / presión arterial baja (verifique)	SÍ	NO
Mala circulación	SÍ	NO	Latidos rápidos del corazón (taquicardia)	SÍ	NO
Hinchazón de tobillos	SÍ	NO	Erupciones o llagas que no sanarán	SÍ	NO



Atención psiquiátrica (enfermedad mental)	Sí	NO	Fiebre reumática	Sí	NO
Intento de suicidio	Sí	NO	Amigdalitis	Sí	NO
Tuberculosis activa / inactiva	Sí	NO	Úlceras	Sí	NO
Enfermedad venérea / ETS / ITS	Sí	NO	Otro ()	Sí	NO
Latido del corazón irregular	Sí	NO	Estas embarazada?	Sí	NO
Necesidades especiales / Dev. Discapacidades	Sí	NO	Fecha de vencimiento		
Autismo	Sí	NO	Trimestre 1 st 2 nd 3 rd (un círculo)		
Eczema / Trastornos de la piel	Sí	NO			



Historial médico / de Salud Dental del Paciente

Medicamentos (indique todos los medicamentos que está tomando actualmente (es decir, sin receta, suplementos, uso recreativo, etc.)

Enumere todas y cada una de las hospitalizaciones..

Ha experimentado algún efecto secundario adverso / reacción alérgica mientras recibía tratamiento dental?

Es alérgico a alguna forma de medicamentos, recetas o materiales (es decir, látex o mariscos)? En caso afirmativo, indíquelos a continuación.

Ha estado en la sala de emergencias (ER) por dolor dental? Si es así cuando?

Explique hoy el motivo de su visita dental.

Hábitos Saludables

El consumo de tabaco SÍ NO Cantidad _____ Fecha de finalización _____

Uso de alcohol SÍ NO Cantidad _____ Fecha de finalización _____

Drogas callejeras SÍ NO Tipo _____ Cantidad _____ Fecha de finalización _____

Ejercicio SÍ NO Describir _____

Uso del cinturón de seguridad Siempre A veces Nunca

X _____
Firma del Paciente (tutor)

X _____
Fecha

Firma del Dentista

Fecha



Consentimiento General para Tratamiento

Yo, el que suscribe, otorgo permiso para que yo o mi hijo menor se sometan a todas las pruebas, exámenes, tratamientos y otros procedimientos necesarios en el curso de estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades por parte de los médicos y otros miembros del personal de The Smile Connection Bond. Community Health Center, Inc. Entiendo que los procedimientos requieren la administración de anestesia local y conlleva un pequeño riesgo de hinchazón, hematomas, reacción alérgica, cambios en la percepción del dolor o anestesia prolongada.

Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía menor no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado como resultado de tratamientos o exámenes realizados por The Smile Connection en Bond Community Health Center, Inc.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica para autorizar a las instituciones o agencias que aceptan al paciente para obtener información médica a la aseguradora del paciente y doy permiso para divulgar datos (médicos y personales) a dichas agencias gubernamentales según lo requerido por The Smile Connection en Bond Community Health Center, Inc.

Por la presente autorizo el pago a The Smile Connection en Bond Community Health Center, Inc. de los beneficios que de otra manera me serían pagaderos; de Medicaid, Medicare y beneficios de seguro de terceros, pero que no excedan los cargos regulares del Centro de Salud para este período de tratamiento.

Paciente o Tutor Legal

Fecha

Firma de Admisión

Fecha



Acuerdo de Participación del Cliente

Esto es para certificar que _____ (Nombre impreso)

El Número de Seguro Social _____ y los siguientes miembros de su familia reciben servicios de The Smile Connection en Bond Community Health Center, Inc.

Nombre del Miembro de la Familia	Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento

Se ofrecen los siguientes servicios:

Evaluaciones completas, limitadas y de emergencia, limpiezas de higiene dental para niños y adultos, descamación y tratamiento de la raíz, tratamientos con flúor, selladores, empastes del color de los dientes, empastes de amalgama, endodoncias, extracciones no quirúrgicas, radiografías digitales e información sobre salud bucal.

Estos servicios me han sido explicados. Certifico que toda la información que he brindado sobre los ingresos y el tamaño de la familia es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, aunque entiendo que yo u otro miembro de mi familia pueden ser referidos para recibir atención especializada, hospitalización o atención de alto nivel, existe ninguna obligación para el proveedor de pagar por estos servicios. Entiendo que soy responsable de mi familia y de mí

Notificaré a The Smile Connection en Bond Community Health Center, Inc. cuando uno de los miembros de mi familia no pueda asistir a una cita. Si no utilizo los servicios de Smile Connection en Bond Community Health Center, Inc. durante un año, se me enviará una carta informándome sobre la necesidad de volver a determinar mi elegibilidad, y si no respondo dentro de dos semanas, mi nombre será eliminado de la lista de clientes. Esto no me impide volver a inscribirme como cliente activo en el futuro.

Paciente o tutor legal

Fecha

Firma de admisión

Fecha

The Smile Connection



1720 South Gadsden Street
Tallahassee, FL 32301
Phone: (850) 521-5121
Fax: (850) 521-5122

Política de Citas Rotas

Dos citas interrumpidas en un período de seis meses resultarán en la suspensión de su privilegio de programación de citas por un período de 6 meses a partir de la fecha de la última cita interrumpida. La misma política se aplica a los niños; sin embargo, el período de suspensión del privilegio de programación de citas para niños será de 3 meses (18 años y menores). Podrá ser atendido en caso de una verdadera emergencia según lo definido por nuestra política de emergencia. El tratamiento se limitará al problema de emergencia. Si pierde sus privilegios de programación de citas, después de completar sus privilegios de programación de citas, una cita más interrumpida durante los próximos 6 meses resultará en la pérdida de los privilegios nuevamente por 12 meses adicionales para adultos y 6 meses para niños. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita programada, deberá reprogramarla y recibir su próxima cita disponible. Hay una tarifa de \$ 25.00 por cita rota que vence en la próxima cita.

Yo, _____(nombre en letra de imprenta) ha leído y comprende completamente la política anterior con respecto a las citas interrumpidas. Además, la política anterior fue revisada verbalmente conmigo y todas mis preguntas han sido respondidas completamente. Entiendo que no cumplir con mi cita dental resultará en la pérdida de los privilegios de programación.

Firma del paciente (tutor)

Fecha



Acuse de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

Yo, _____ ha recibido los avisos de prácticas de privacidad de The Smile Connection en Bond Community Health Center, Inc.

Firma del paciente (tutor)

Fecha

En embargo de la firma del paciente, Yo _____ un miembro del personal de The Smile Connection en Bond Community Health Center, Inc., declara que _____ has received our current Notice of Privacy Practices.

Firma de admisión

Fecha

Yo, _____, Entiendo que soy financieramente responsable de **todos y cada uno de los honorarios por cualquier procedimiento** dental en el plan de tratamiento adjunto que no esté cubierto por el plan de seguro, del cual actualmente estoy recibiendo cobertura de seguro. Entiendo que todas las tarifas se deben pagar por adelantado por los servicios. Me dieron una copia de mi plan de tratamiento propuesto con los honorarios correspondientes de los que seré responsable.

Nombre del paciente (impresion)

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del testigo (impresion)

Firma de Testigo

Fecha



Bond Community Health Center, Inc.

Estado de la misión

Nuestra misión es proporcionar acceso a atención médica de calidad para todas las personas en nuestra comunidad.

Declaración de valor

Bond Community Health Center, Inc. está comprometido y obligado a proporcionar servicios de atención de la más alta calidad a todos los residentes de la comunidad y de la comunidad circundante en un ambiente de dignidad y respeto, y tratar a todos los pacientes con una actitud verdaderamente afectuosa. Siempre seremos conscientes de las necesidades cambiantes de la comunidad y nos esforzaremos por responder a esas necesidades. Promoveremos políticas y procedimientos que mantengan un cuidado continuo para todos. Adoptamos las diferencias humanas como vínculos y no como barreras y creemos que la atención médica de calidad debe ser universalmente accesible. Los valores que han persistido a lo largo del tiempo son un fuerte sentido de comunidad, la dignidad de toda persona, el valor de los empleados, el compromiso de servir y la importancia de la familia.

Declaración de liderazgo

El liderazgo de Bond Community Health Center está dedicado a promover el bienestar de nuestro Capital Humano a través de una perspectiva integral de salud y reducción del estrés que involucra los dominios físicos, sociales, emocionales y espirituales. Continuaremos esforzándonos para mejorar la efectividad y la eficiencia de todos los miembros del personal al proporcionar capacitación, desarrollo y empoderamiento de los empleados. La gerencia está comprometida a otorgar a cada empleado el cumplimiento de nuestra misión y alcanzar las metas y objetivos del Centro.

BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

En el centro de salud comunitaria de Bond, estamos comprometidos con una misión de curación y hospitalidad. Este compromiso se evidencia a través de la atención que brindamos de acuerdo con los derechos y responsabilidades del paciente que se detallan a continuación. Son reconocidos como aquellos derechos de todos los pacientes adultos, pediátricos y adolescentes, sus padres o tutores. Se alienta a cualquier paciente, padre o tutor que sienta que el paciente no está siendo tratado adecuadamente a discutir la situación con el médico, la enfermera o el representante administrativo. Una queja no afectará de ninguna manera la calidad de la atención brindada al paciente.



Bond Community Health Center, Inc.

DERECHOS DEL PACIENTE

Usted tiene derecho a;

1. Ser tratado con dignidad, respeto y apoyo en su decisión;
2. Obtenga de su médico información actual completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que pueda comprender y el derecho a conocer la identidad y el estado profesional de todos los trabajadores de la salud;
3. Participar en todos los aspectos de su atención, incluso rechazar o limitar la atención;
4. Puede cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles;
5. Recibir de su médico la información necesaria para dar un consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento. Donde existan alternativas significativas médicamente necesarias para la atención o el tratamiento, o cuando solicite información sobre alternativas médicas, tiene derecho a dicha información. También tiene derecho a saber el nombre de la persona responsable del procedimiento;
6. Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley, y ser informado de las consecuencias médicas de su acción;
7. Espere que sus valores culturales, psicosociales y personales sean respetados;
8. Participar en la consideración de cuestiones éticas que puedan surgir;
9. Cuando esté médicamente permitido, será transferido a otra instalación solo después de que haya recibido la información pertinente y una explicación sobre la necesidad de las alternativas a dicha transferencia;
10. Acceso imparcial a la atención, independientemente de la raza, el origen nacional, la religión, la edad, el credo, el género, la discapacidad o las fuentes de pago;
11. Derecho a la información financiera completa relacionada con su cuidado;
12. Ser informado y negarse si el centro de salud propone participar o realizar experimentos con seres humanos u otros proyectos de investigación que afecten su atención o tratamiento;



Bond Community Health Center, Inc.

13. Formular directivas anticipadas y designar un sustituto para tomar decisiones de atención médica en su nombre en la medida en que lo permita la ley;
14. Para hablar sobre los métodos para proporcionar comentarios, incluidas las quejas, comuníquese con el Director de Cumplimiento, Gabriel Otuonye, MHA, LHRM, CMCO, CHA al (850), 576-4073, Ext 232 o envíe un correo electrónico a gotuonye@bondchc.com.
15. ¿Qué reglas y regulaciones del centro de salud se aplican a usted como paciente,
16. Privacidad y confidencialidad de toda la información del paciente.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Para recibir un cuidado óptimo; Usted y su familia son responsables de:
2. Solicite una aclaración cuando sea necesario para comprender completamente sus problemas de salud y el plan de acción propuesto;
3. Proporcionar información para el seguro y trabajar con este centro de atención médica para hacer arreglos de pago cuando sea necesario;
4. Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por el seguro;
5. Proporcionar información precisa sobre su enfermedad actual, medicamentos, historial médico anterior, incluidas hospitalizaciones y cambios inesperados en su condición;
6. Siga con su plan de atención acordado, incluido el cumplimiento de sus citas. Si eso no es posible, cancele con al menos 24 horas de anticipación.
7. Siga las normas y regulaciones de la instalación de salud.
8. Ser considerado y respetuoso con los derechos de los demás.
9. Respetar la propiedad del establecimiento de atención médica, incluidos los suministros / equipos médicos, el edificio, el mobiliario y los terrenos.



Bond Community Health Center, Inc.

10. Proporcione información completa y precisa sobre su identidad, datos demográficos, ingresos, seguro y responda otras preguntas razonables que ayudarán al centro a proporcionar la atención adecuada y obtener el pago. Esto incluye revisar y firmar todos los consentimientos necesarios, acuerdos financieros u otros documentos requeridos por el centro de atención médica.

REGLAS Y REGLAMENTOS DEL CENTRO:

1. Todos deben usar zapatos, y las camisas y los pantalones deben estar en o por encima de la cintura mientras están en la propiedad del centro.
2. Respete las áreas designadas para comer, beber, fumar y estacionarse. Los automóviles estacionados o abandonados ilegalmente serán multados o remolcados a cargo del propietario.
3. No se permitirán alcohol, drogas y / o armas en las instalaciones. A los pacientes que lleguen al centro bajo la influencia y no requieran atención de urgencia se les pedirá que se retiren. Si ellos rechazar, se contactará a la policía para asistencia.
4. Se les pide a los padres que supervisen a sus hijos, tanto dentro como fuera de las instalaciones. Los padres serán responsables de las acciones de sus hijos.
5. Si no está satisfecho con los servicios prestados, no lo saque a nuestro personal. Discuta sus preocupaciones con la persona apropiada.
6. Se deben hacer arreglos financieros con respecto a su factura al momento del servicio.
7. La conducta apropiada es esperada por todos los pacientes, visitantes en todo momento. Los comportamientos amenazantes, violentos, abusivos, disruptivos o ruidosos son inapropiados. El centro se reserva el derecho de pedirle a usted y a su familia / huésped que se retiren o que lo retiren de la propiedad.

**Tu información.
Tus derechos.
Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. **Por favor revísalo cuidadosamente.**

Tus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de su registro médico en papel o electrónico
- Corrija su registro médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien para que actúe por usted
- Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

➤ **Ver página 2**
para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

Tus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información a medida que:

- Cuénteles a su familia y amigos sobre su condición
- Proporcionar alivio de desastres
- Incluirte en el directorio de un hospital
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercialice nuestros servicios y venda su información
- recaudar fondos

➤ **Ver página 3**
para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Tratarle
- Ejecute nuestra organización
- Factura por sus servicios
- Ayuda con problemas de salud y seguridad pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabaja con un médico forense o un director de funeraria
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Responder a juicios y acciones legales

➤ **Ver páginas 3 y 4**
para más información sobre estos usos y divulgaciones or more information on these uses and disclosures

Tus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corriamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corriamos su información de salud que usted considera incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono del hogar o de la oficina) o que enviemos un correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.
- Si paga por completo un servicio o artículo de atención médica, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito del pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe anual gratis, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si siente que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio de desastres
- Incluya su información en el directorio de un hospital

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Propósitos de comercialización
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos contactarlo para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no lo contactemos de nuevo.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes

Tratarle

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Ejecute nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

Bill por sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Brindamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

¿De qué otro modo podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o se requiere que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:
 - Previniendo la enfermedad
 - Ayudando con las retiradas del producto
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

Work with a medical examiner or funeral director

- Podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, médico forense o director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o compartir su información de salud:
 - Para reclamaciones de compensación de trabajadores
 - Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley
 - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno tales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestro compromiso con respecto a la información de salud:

Entendemos que la información de salud sobre usted es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibió de nosotros. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los registros de su cuidado generados por este cuidado de la salud, ya sea realizado por su médico personal u otras personas que trabajan en esta oficina. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud. También describimos sus derechos a la información de salud que mantenemos sobre usted y describimos ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de su información de salud.

Los estatutos, reglas y regulaciones de Florida requieren ciertos límites y restricciones impuestos a la divulgación de su información de salud protegida. Cumpliremos con esas reglas para proteger su información de salud.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le avisaremos con prontitud si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

12 de septiembre de 2013, revisado en julio de 2019

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Bond Community Health Center, Inc. y las oficinas satélite:

Bond on Magnolia
Kay Freeman Health Center
Bond Specialty & Community Wellness Center Bond
Community Health Center Mobile
Kay Freeman Health Center

-
- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 2
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/queja/.
 - No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.