



¡Bienvenido al Centro Médico de la Familia de MI, Inc.!

El Centro Médico de la Familia se dedica a proporcionar alta calidad, cuidado de la salud accesible y completa y servicios dentales utilizando un enfoque basado en el equipo, centrada en el paciente, en el que usted es el miembro más importante de su equipo de atención.

A continuación, encontrará información importante que nos gustaría ofrecerle como un nuevo miembro de nuestro centro de salud comunitario. Por favor, revisar y rellenar los formularios adjuntos para nuestros registros.

UBICACIONES Y HORAS DE FUNCIONAMIENTO - Las horas de oficina varían según el proveedor. A continuación, se presentan las horas de funcionamiento generales en cada una de nuestras ubicaciones

Oficina de Temperance

8765 Lewis Ave
Temperance, MI 48182
(734) 654-2169

Horarios de Médico

Lun – Mar – Vie (8:00am – 5:00pm)
Mier & Jue (8:00am – 8:00pm)

Horarios de Dental

Lun-Vie (8:00am - 5:00pm)
(734) 850-6920

Oficina de Southgate

13101 Allen Rd
Southgate, MI 48195
(734) 654-2169
Mier (8:00am – 5:00pm)

Oficina de Carleton

130 Medical Center Dr.
Carleton, MI 48117
(734) 654-2169

Horarios de Médico

L, M, Jue, y Vie (8:00 -5:00pm)
Mier (8:00 - 8:00pm)

Horarios de Dental

Lun-Vie (8:00am - 5:00pm)
(734) 850-6920

Oficina Médica de Monroe

1085 N. Macomb St
Monroe, MI 48162
(734) 654-2169
Lun - Vie (8:00am – 5:00pm)

Adrian Médico/Dental

1200 N. Main
Adrian, MI 49221
(517) 263-1800

Horarios de Médico

Lun y Vie (8:00am - 5:00pm)

Mar, Mier, y Jue (8:00 - 7:00 pm)

Horarios de Dental

Lun, M, Vie (8:00am - 5:00pm)
Mier y Jue (8:00am – 6:00pm)

Oficina de Monroe Ginecólogo/Obstetra

1085 N. Macomb St
Monroe, MI 48162
(734) 654-2169

Lunes (11:00am - 7:00pm)

Martes (8:00 - 12:00pm)

Mier (8:00am – 4:00pm)

Jue, Vie (8:00am – 5:00pm)

Asegurando que tenga acceso total a su equipo de atención médica, es importante para nosotros, y por lo tanto citas el mismo día y al siguiente día las citas están disponibles para pacientes con necesidades urgentes.

Llamadas y recetas por teléfono - Todas las llamadas telefónicas no urgentes serán devueltas dentro de las 48 horas. En algunos casos, una cita puede ser necesaria para tratar su preocupación. Fuera de las horas regulares de oficina, un proveedor de atención continuada se puede contactar llamando a uno de los números de la oficina antes mencionados. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Con el fin de asegurar que usted reciba el relleno de sus recetas en el momento oportuno, le pedimos que llame a su farmacia y pida una solicitud de autorización de una nueva receta se presentará a CMF electrónicamente. Esto debe hacerse por lo menos 7 días antes de que se necesite volver a llenar. Algunos pacientes pueden requerir para ser vistos por su proveedor con el fin de recibir sus rellenos.

Servicios con Descuento - CMF sirve a todas las personas sin importar el seguro médico. Si usted es un residente de los condados de Monroe o Lenawee usted podría calificar para servicios con descuento. Por favor complete la solicitud adjunta de servicios con descuento.

Transportación: ¿Necesita ayuda con transportación? Nosotros podemos facilitarle un pase de referencia a una organización hermana o ayudarle con servicios de transportación a través de Medicaid.



¡BIENVENIDO A SU NUEVO HOGAR MÉDICO!

Un Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH) es una asociación de confianza entre un equipo de atención médica dirigido por el médico y un paciente informado. Incluye un acuerdo entre el médico y el paciente que reconoce el papel de cada uno en un programa de cuidado de salud total.

Vamos a:

- Preguntarle cuál es su objetivo o que desea hacer para mejorar su salud
- Pedirle que nos ayude a planificar su cuidado de salud y que nos haga saber si puede seguir el plan
- Crear copias por escrito de los planes para enfermedades más complejas
- Pedir a los miembros del equipo de atención que hagan más o diferentes partes del cuidado
- Recordarle cuándo deben realizarse las pruebas médicas, para que pueda recibir la mejor atención de calidad
- Pedirle que realice estudios sanguíneos antes de visitar a su doctor, de este modo su doctor tendrá los resultados en su siguiente consulta
- Explorar métodos de cuidado para usted; incluyendo maneras de ayudarlo a cuidarse a sí

Nosotros confiamos en usted, nuestro paciente:

- Cuéntenos lo que sabes sobre su salud y enfermedades
- Cuéntenos sobre tus necesidades y preocupación
- Siga el plan de atención que se acuerde, o háganos saber por qué no puede para que podamos tratar de ayudar o cambiar el plan
- Díganos qué medicamentos está tomando y pida una recarga en su visita al consultorio cuando lo necesite
- Háganos saber cuándo vea a otros médicos y díganos qué medicamentos le recetaron o cambiaron
- Pida a otros médicos que nos envíen un informe sobre su atención cuando los vea
- Busque nuestro consejo antes de ver a otros médicos. Podemos ser capaces de cuidar de usted y sabemos acerca de las fortalezas de varios especialistas
- Aprenda sobre el bienestar y cómo prevenir enfermedades
- Conozca su seguro para saber lo que está cubierto
- Nos respete como individuos y socios de su cuidado
- Mantenga sus citas según lo programado o llame y háganos saber cuándo no pueda
- Pague su parte de la cuota de visita cuando se le vea en la oficina
- Danos comentarios para que podamos mejorar nuestros servicios (podemos encuestarte en el futuro para entender esto mejor.)

Continuaremos:

- Proporcionándole un equipo de atención que lo conozca a usted y a su familia
- Respetarte como individuo, no haremos juicios basados en raza, religión, sexo, edad, discapacidad, etc.
- Respete su privacidad: su información médica no se compartirá con nadie a menos que nos dé permiso, o sea requerida por la ley
- Proporcionar atención brindada por un equipo de personas lideradas por su médico
- Brinde la atención que necesita cuando la necesita
- Brinde atención que satisfaga sus necesidades y se ajuste a sus metas y valores
- Brinde atención basada en la calidad y la seguridad
- Teniendo un médico de guardia las 24 horas del día y los siete días de la semana
- Cuidar de enfermedades cortas, enfermedades a largo plazo y dar consejos para ayudarlo a mantenerse saludable
- Hable sobre su salud y enfermedades de una manera que pueda entender
- Para mejorar su atención en un futuro próximo usaremos tecnología como nuestro Registro Electrónico de Salud y nos esforzaremos por mejorar continuamente.



Horario de Cita: _____ Fecha de Cita: _____ Por favor llegue a: _____ Cita Con: _____
--

Datos del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número Telefónico: _____

Dirección: _____

Número y calle

Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Seguridad Social: _____		

Género: Masculino Femenino Otro: por favor describa _____
 F/M Transgénero M/F Transgénero Genero Neutral Otro: _____

Empleador del Paciente: _____

Dirección del Trabajo: _____

Ingreso Anual de la Familia: _____

Situación Laboral: Tiempo Completo Medio Tempo Desempleado
 Situación de Estudiante: Tiempo Completo Medio Tempo No es estudiante
 Escuela Completada: Primaria Preparatoria Universidad Universidad con titulo
 Estado Civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Separado (a)

Raza (Marque todos las que apliquen):
 Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Africano Americano/Negro
 Caucásico/Blanco Nativo Hawaiano Otro Isleño Pacifico

Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Orientación Sexual: Lesbiana/Gay /Homosexual Bisexual Heterosexual

Estado de Vivienda: No sin hogar de transición Dupliquen
 Refugio Calle Otro _____

Preferencia de Idioma: Inglés Español Otro _____
 ¿Necesita Asistencia con el Idioma? Sí No
 ¿Es usted un Veterano? Sí No
 ¿Es usted un migrante agrícola? Sí No
 ¿Alguien en su familia es un migrante agrícola? Sí No
 ¿El transporte es un problema para usted? Sí No

Primera Farmacia: _____

Segunda Farmacia: _____



Información de Seguro Médico

Nombre del Paciente: _____

Seguro Primario: _____

Número de Contrato: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del titular de la Póliza: _____

Seguro Secundario: _____

Número de Contrato: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del titular de la Póliza: _____

Yo autorizo al Centró Médico de la Familia de Michigan para que de cualquier información necesaria para procesar cualquier reclamo médico por servicios proveídos a mí o a cualquier miembro de mi familia incluido(a) en mi póliza de seguro. Yo autorizo que los pagos de beneficios médicos se hagan directamente a Centro Médico de la Familia de Michigan.

Firma: _____ Fecha: _____

Entiendo que recibiré un documento sobre mi cuenta mientras se le cobra a mi compañía de seguro hasta que se haya pagado por completo por mi seguro o por mí mismo(a).

Iniciales

Entiendo que, si mi seguro no ha pagado nada dentro de 45 días desde la fecha de servicio, yo seré responsable de contactar a la compañía de seguro y/o pagar la cuenta yo mismo(a).

Iniciales

Entiendo que soy responsable por mis cargos en el Centro Médico de la Familia de Michigan sea yo quien pague, esté recibiendo servicios con descuento o si mi seguro no paga los cargos en el Centro Médico de la Familia de Michigan.

Iniciales



Consentimiento de Tratamiento para un menor de edad

Yo, _____, doy autorización para permitir a la siguiente persona o personas:

Para traer a: _____

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

- Mi hijo/a (Custodia de tiempo completo/ parcial/paternidad compartida (documentación legal es requerida))
- Hijo(a) de Crianza Temporal (documentación legal es requerida)
- Dependiente Legal (documentación legal es requerida)
- Persona bajo mi cuidado médico legal (documentación legal es requerida)

Usando las instalaciones del Centro Médico de la Familia de Michigan para administrar cualquier tratamiento que se considere necesario y aconsejable para el cuidado de mi hijo(a) en caso de que yo no pueda acompañar a mi hijo(a) hasta que este permiso sea revocado por escrito.

También entiendo que el Centro Medica de la Familia de Michigan, por ley federal, tiene derecho a solicitar documentación de prueba de tutela, autoridad medica legal y prueba de identificación (identificación con foto) de dichas personas.

Firma del Paciente/Padre/ Guardián legal

Fecha

Empleado Testificado

Fecha



Fecha de Vencimiento: _____
 Categoría de Descuento: _____
 Número de Expediente: _____

**FAMILY MEDICAL CENTER OF MICHIGAN, INC
 SOLICITUD PARA DESCUENTO POR NUESTROS SERVICIOS**

El Centro Médico Familiar de Michigan ofrece servicios con descuento a nuestros pacientes quienes no tienen seguro médico o cobertura para estos servicios. Estos servicios con descuento son determinados en base a todos los ingresos antes de ser declarables para impuestos y el número de ocupantes. Se llevará a cabo una evaluación de sus ingresos para calcular su porcentaje de pago en base a nuestras tarifas, el cual le será cobrado a usted. **Se espera recibir su pago por los servicios en la fecha de cada servicio.**

Para poder ser considerado para obtener un descuento, usted necesitara llenar la siguiente solicitud y **presentar todas las pruebas de ingresos del hogar.** (Vea la página 2 para los tipos de ingresos que se necesitan declarar) Usted tiene 10 días para proveernos con su prueba de ingresos. El incumplimiento en llenar esta solicitud y regresar toda la documentación requerida resultará en no obtener un descuento y usted será responsable del cobro total de su cuenta y puede estar sujeto a que si no paga será enviado a colección.

Yo entiendo que los descuentos de servicios para el programa, ofrecidos por El Centro Médico Familiar de Michigan, son patrocinados por una beca de los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos. Yo certifico que la información contenida en esta solicitud junto con la prueba de ingreso anexada es verdadera. Yo autorizo al Centro Médico Familiar de Michigan para verificar toda la información reportada en estos documentos.

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Condado: _____

Número de Teléfono (____) _____ Número de Seguro Social: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de los adultos que viven en el hogar	Empleado	Nombre de los niños que viven en la casa
1. Usted Mismo _____	Y/N	1. _____
2. _____	Y/N	2. _____
3. _____	Y/N	3. _____
4. _____	Y/N	4. _____
5. _____	Y/N	5. _____

Debe enumerar todas las personas que viven en su hogar y sus ingresos.

¿Es usted un paciente en el departamento Medico? Si No ¿Es usted un paciente en el departamento Dental? Si No

Employee completing application: _____

Supervisor review: _____ Date: _____ Insurance: Y N



Por favor marque todas las formas de ingreso que aplican a su hogar:

	Si	No
Salario/Sueldo 2-3 Talones de cheques O declaración de impuestos actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios de Seguro Social Copia del estado de cuenta del Banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reclamo de Compensación para Empleados Carta de Validez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia Publica Carta de beneficio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beneficios de Desempleo Carta de beneficios de D.S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresos provenientes de renta de propiedades Impuestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensión/Beneficios de Veteranos/Jubilación Copia del estado de cuenta del Banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensión alimenticia o Manutención de menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresos de herencia, propiedad, fideicomisos, asistencia educacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En orden para poder aplicar para un descuento en los servicios, usted deberá proveer con prueba de todos los ingresos marcados. Si no se proporcionan todas las formas de ingresos resultara en la descalificación de nuestro programa y descuentos.

Employee Initials: _____



Formulario de permiso para recoger Medicamentos/Documentos

Yo, _____, doy autorización para permitir a la siguiente persona o personas:

Para recoger cualquier receta(s), muestras de medicamentos, justificante médico laboral, justificante médico escolar, formularios u otra clase de documentación en mí beneficio hasta que sea revocado por escrito. Yo entiendo que, si estos artículos se pierden o no termina en mi posesión, después de haber sido recogidos por dicha(s) persona(s) mencionados anteriormente, estos no serán surtidos o remplazados por el Centro Médico de la Familia de Michigan.

Firma del Paciente/Padre/ Guardián legal

Fecha

Empleado Testificado

Fecha

Formulario de permiso para Comunicación

Yo, _____, doy autorización para permitir a la siguiente persona o personas:

Para comunicaste verbalmente o en escrito con los empleados de Centro Médico de la Familia de Michigan, acerca de la atención médica, pero no limitadamente a, citas, mensajes médicos, evaluaciones y recetas hasta que este permiso sea revocado por escrito

Firma del Paciente/Padre/ Guardián legal

Fecha

Empleado Testificado

Fecha



Política Financiera

Como una cortesía a nuestros pacientes, El Centro Médico de la Familia de Michigan, INC. archivara su reclamo de seguro con su portador de seguro primario. El Centro Médico de la Familia de Michigan, INC. le suministrara si usted lo requiere, toda la información pertinente para asistirle en archivar los reclamos a su portador de seguro secundario, o nosotros con mucho gusto lo haremos por usted. Esos reclamos que “pasan” electrónicamente de primero al segundo seguro (ej. Medicare y Medicaid) continuaran igual.

Para aliviar cualquier equivocación con respecto a los pagos del seguro, todos los pacientes deberán asignar su compañía de seguro primario directamente a El Centro Médico de la Familia de Michigan, Inc.

Si usted desea que la compañía de seguro primario le pague a usted directamente, El Centro Médico de la Familia de Michigan, Inc. requiere el pago antes de los servicios en su totalidad.

Los pagos de seguro secundario archivados por el Centro Médico de la Familia de Michigan INC. deberán de ser asignados directamente con El Centro Médico de la Familia de Michigan INC. Usted será responsable de cualquier balance que no esté cubierto por su seguro de salud primario o secundario.

La ley de estado de Michigan requiere que todas las compañías de seguro les paguen a las oficinas médicas en un periodo razonable de tiempo (45 días). Si persistiera algún problema, le pediríamos a usted que nos asistiera en contactar a la compañía de seguro.

La cobertura del seguro de salud es una relación de contrato entre usted y dicha compañía, no con El Centro Médico de la Familia de Michigan INC. con su compañía de seguro (con algunas excepciones).

Por lo tanto, todos los cobros que no hayan sido pagados en un tiempo razonable de 45 días serán su responsabilidad por lo cual usted recibirá un cobro.

Todos los pacientes deberán leer y firmar el contrato financiero de El Centro Médico de la Familia INC. antes de recibir cualquier servicio médico.

El personal de esta oficina hará todo el esfuerzo posible para clarificar cualquier malentendido que pudiera ocurrir sobre algún balance.

El objetivo de El Centro Médico de la Familia de Michigan INC. es crear una excelente relación entre médico/paciente.

El Centro Médico de la Familia de Michigan INC. usará la siguiente guía en relación con los pagos:

1. Todos los pacientes deberán leer y firmar el contrato financiero de El Centro Médico Familiar INC. antes de recibir los servicios médicos.
2. Los pagos de seguro que no hayan sido recibidos dentro de los 60 días después de haber sido archivados, serán responsabilidad del paciente. (por contrato, la mayoría de los planes de atención administrada incluyendo Medicare y Medicaid no permiten que les cobren a sus suscritores)
3. La práctica en su única discreción puede establecer un plan de pago semanal/mensual para acomodar las necesidades de sus pacientes.



4. Los pacientes recibirán un estado de cuenta cada mes indicando el balance total que aún deben, la cantidad pagada el mes anterior, la cantidad que sea responsabilidad del paciente, etc.
5. Los pacientes que se rehúsen hacer sus pagos después de 90 días y no estén clasificados como “seguro pendiente” o cuando los arreglos financieros no han sido hechos y entregados a El Centro Médico de la Familia de Michigan INC. estos serán enviados a la agencia de cobros.
6. Cualquier pregunta referente a la póliza financiera de esta oficina o arreglos para hacer los pagos deberán de ser dirigidos directamente a la Directora de Cobros de la oficina.
7. Co-pagos son requeridos antes de que se provean los servicios.
8. Si usted no tiene seguro médico o esta en nuestra tarifa en base a sus ingresos (descuento después hacer un estudio socio económico), se espera el pago completo al momento del servicio amenos que usted haya hecho un plan de pagos, anticipadamente con nuestro departamento de contabilidad.
9. Si usted tiene una cuenta atrasada, usted necesitara hacer un pago a su cuenta adeudada en adición con un pago por el servicio que le será brindado.
10. Para los pacientes que son elegibles para Medicare, nosotros somos “Médicos Participantes”. Esto significa que debemos permitir que los servicios proveídos se cobren a Medicare, eliminando la diferencia entre lo que cobramos y lo que Medicare aprueba. Medicare le mandará un cheque directamente a nuestra oficina por el 80% de la cantidad aprobada. El paciente es responsable por el 20% del cargo aprobado además de cualquier deducible. Si usted tiene un seguro médico secundario, someteremos una solicitud de pago a ellos, una vez que el balance restante haya sido pagado por Medicare. Por favor recuerde que aunque nosotros aceptaremos la asignación de pacientes de Medicare, como lo exige la ley, el beneficiario es responsable del 20 % de la cantidad aprobada por cualquier servicio de rutina no cubierto por Medicare.
11. En el caso de un divorcio, el padre o la madre buscando tratamiento es en última instancia responsable del pago de la cuenta a menos que recibamos documentación legal que indique lo contrario.

Sobre nuestro aviso de prácticas de privacidad

El Centro Médico de la Familia de Michigan se compromete a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. El Aviso de prácticas de privacidad adjunto establece:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted
- Sus derechos relacionados con la información de su persona sobre la salud
- Nuestro derecho a cambiar nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad
- Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad
- Las condiciones que se aplican a usos y divulgaciones no descritas en el Aviso
- La persona con quien contactar para obtener más información sobre nuestra práctica de privacidad.

El Centro Médico de la Familia es requerido por la ley para darle una copia de este aviso y para obtener su reconocimiento por escrito que usted ha recibido una copia de este aviso.



Aviso de Recibo del Paciente de Políticas y Prácticas

Yo reconozco que he recibido una copia de aviso de **Prácticas de Privacidad** del Centro Médico de la Familia de Michigan.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre/Madre o Representante del Paciente (si aplica)

Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente

Yo reconozco que he recibido una copia de las **Política Financiera** del Centro Médico de la Familia de Michigan

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre/Madre o Representante del Paciente (si aplica)

Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente





EXAMINACION PERSONAL DE SALUD

(Por favor escriba con letra de molde/mayúscula)

Fecha del día de hoy: _____

Nombre: _____

Dirección actual: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

La retención de información esencial sobre la salud, como alergias, procedimientos anteriores, etc., puede afectar el resultado del tratamiento.

¿Tiene algún tipo de alergia al medio ambiente o algún alimento?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	por favor indique:
¿Ha visto a su proveedor médico en el último año?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	lista de fechas:
¿Ha sido hospitalizado por problemas médicos el último año?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Lista de fechas y razones:
¿Ha ido a la sala de emergencias para recibir atención médica en el último año?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Lista de fechas y razones:
¿Están sus vacunas actualizadas?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si no, explique:
¿Usted fuma o mastica tabaco?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí, ¿cuánto por día?:
¿Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí, ¿cuánto por día?:
¿Está usando sustancias ilegales o marihuana medicinal?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí, ¿cuáles?:
¿Es usted sexualmente activo(a)?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
¿Has visto a un dentista en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí, última visita:
¿Tiene usted algún problema dental actualmente?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí, explique:
¿Usted utiliza algún tipo de equipo médico? (Ejemplo: Silla de ruedas, ayuda para levantarse, andador)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí, explique:
¿Usted tiene una dieta especial? (Ejemplo: Baja en sal, para Diabético)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí, explique:

	Alguna vez le han dicho que tiene lo siguiente:	Le han dicho a alguno de sus padres que tiene lo siguiente...
¿Presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Hepatitis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Colesterol alto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Ataque al corazón, enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Síndrome del intestino irritable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Asma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Cáncer? De qué tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Anemia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Derrame cerebral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Enfermedad de tiroides?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿Infección del tracto urinario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
¿VIH / SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre

Marque las declaraciones que aplican:

<input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/> Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Ganas o necesidad de orinar frecuentemente
<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas con las uñas de las manos o los pies	<input type="checkbox"/> Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Dolor o dificultad para orinar
<input type="checkbox"/> Confundido u olvidadizo	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho o presión en el pecho	<input type="checkbox"/> Inflamación de los tobillos o pies	<input type="checkbox"/> Rigidez muscular o dolor
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Problemas para respirar o los pulmones	<input type="checkbox"/> Debilidad o cansancio todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Temblores o estremecimiento
<input type="checkbox"/> Problemas con la boca o los dientes	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas que no sanan	<input type="checkbox"/> Adormecimiento u hormigueo
<input type="checkbox"/> Problemas de los ojos o la vista	<input type="checkbox"/> Examen de tuberculosis positivo	<input type="checkbox"/> Siempre sediento	<input type="checkbox"/> Ataques epilépticos
<input type="checkbox"/> Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Respira con Silbido	<input type="checkbox"/> Nauseas o vomito	<input type="checkbox"/> Mareos o desvanecimientos frecuentes
<input type="checkbox"/> Diarrea o estreñimiento	<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes o Tos	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago/malestar estomacal	<input type="checkbox"/> Aumento o pérdida de peso reciente
<input type="checkbox"/> Cambios en lunares o en la piel	<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular o acelerado	<input type="checkbox"/> Sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Dormir demasiado

PRUEBAS DE PANTALLA DE MANTENIMIENTO DE SALUD:

* ¿Se han hecho estas pruebas?

¿Lípidos colesterol?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____
¿Colonoscopia?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____
¿Trabajo de sangre de rutina?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____
¿Prueba de sangre oculta en heces fecales (excremento)?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____

Mujeres

# de embarazos	# de partos	# abortos	# aborto espontáneo
¿Mamografía?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____
¿Prueba de Papanicolaou?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____
¿Escaneo De DEXA (Osteoporosis)?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____

Hombres:

¿Trabajo de sangre PSA?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____
¿Examen de próstata?	Sí ____ No ____	Fecha	¿Anormal? Sí ____ No ____

¿Cómo aprendes mejor?

- Auditivo (audición/escucha)
 Visual (lectura/ver)
 Táctil (tocar/hacer)

¿Experimenta regularmente dolor que interfiere con sus actividades diarias?

Sí ____ No ____

Localización del dolor: _____

Por favor califique su nivel de dolor:



Describe el tratamiento actual/pasado para el dolor, incluyendo los nombres de los proveedores:



Liste todas las cirugías que ha hecho:

Tipo de cirugía	Año	Complicaciones Sí ____ No ____	Comentarios adicionales

Liste todos los medicamentos, medicamentos sin receta y remedios herbales:

Nombre de medicamento	Dosis	Direcciones	Médico prescriptor

Firma del médico
(Physician Signature) _____

Fecha
(Date) _____



Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

1. Soy el paciente mencionado anteriormente y/o el representante legalmente autorizado del paciente mencionado anteriormente. Solicito que se divulgue información de salud protegida:

De:

A:

Medico/Centro Médico autorizado para revelar información

Persona/Medico/ Centro Médico autorizado para revelar información

2. La información debe estar en: y entregada vía:

Papel

Correo a la dirección anterior

Recogido por: _____ (se requiere identificación para recoger)

Fax # _____

3. Fechas específicas de servicio: _____

4. Expediente para divulgar:

Traslado Pertinente del Consultorio Médico (dos años de información estándar)

Notas de Progreso

Registros de Inmunización

Otro: _____

Resultados Laboratorios

Estados de Cuenta

Resultados de Radiología

Registros Dentales

- Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis (TB), hepatitis B, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información anterior no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, dicha persona o entidad podría volver a divulgar la información descrita anteriormente y probablemente ya no será protegida por regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que el tratamiento o pago por servicio prestado no puede estar condicionado a la firma ir esta autorización, excepto en el caso de tratamiento relacionado con la investigación o cuando la prestación de atención médica a mí es únicamente con el propósito de crear información de salud para su divulgación a un tercero.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos de la entidad autorizada para divulgar esta información. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que esta revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, ya que la ley otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.
- De acuerdo con la ley del estado, al menos que se revoque lo contrario, para las entidades de Michigan, esta autorización vencerá en sesenta (60) días.

Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente: _____ **Testigo:** _____

Si usted es el representante legalmente autorizado del paciente, describa el alcance de su autoridad (adjunte la prueba necesaria)

Padre

Poder duradero del abogado de atención médica

Representante legalmente autorizado

Representante Personal del Patrimonio

Otro (Especificar y adjuntar prueba) _____



Portal de Pacientes



Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Como paciente del Centro Médico de la Familia, estamos solicitando que todos los pacientes se inscriban en Portal de Pacientes. Por favor, proporcione su dirección de correo electrónico válida. Usted recibirá un correo electrónico de bienvenida y nos permitirá contactar con usted a través del Portal. Si tiene hijos menores de 18 años que se ven en las oficinas, por favor agregue sus nombres a continuación.

Dirección de correo electrónico: _____

	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
Esposo(a):			
Niños:			

**;;;;Tómese un momento para decirnos como se enteró de nosotros!!!!
(Circule todos los que apliquen)**

FMC Medical Office

FMC Dental Office

Familia/Amigo

WIC/Departamento de Salud

Aseguranza

Periódico/Revista/Esquela/Trabajo

Búsqueda en Internet

Agenda telefónica

Correo directo/Carta de FMC

NO-FMC Médico/Dental

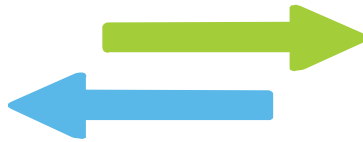
Evento comunitario: _____

Hospital: _____

Otro: _____



Portal de pacientes



¡CMF se complace en ofrecer nuestro nuevo Portal de Pacientes, su hogar médico en línea! ¡Todo lo que necesita es una dirección de correo electrónico y el acceso a Internet!

El Portal del Paciente le permite de forma segura a

- Solicitar recargas de recetas
- Solicitar citas
- Hacer cambios en su información de contacto y seguro
- Comunicarse directamente con su proveedor

¡Sólo recuerde incluir su nombre completo y cumpleaños en la solicitud!

¡Registrarse es un proceso rápido y fácil de 2 pasos!

PASO 1- Registrarse

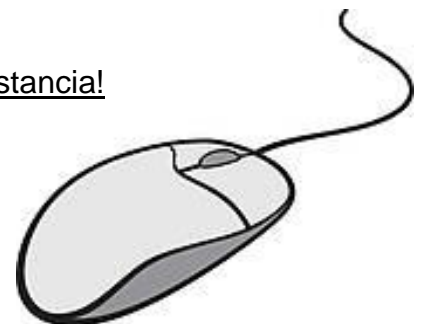
Usted es capaz de inscribirse en dos formas diferentes

- Puede inscribirse a través de la página **CONTACT US** en nuestro sitio web www.familymedicalmi.org
- O dejar saber a la recepcionista que le gustaría inscribirse durante su próxima visita

PASO 2-Revise su correo electrónico

- Recibirá un correo electrónico que le proporcionará instrucciones para iniciar sesión en el portal y cambiar su contraseña.

¡El acceso a sus necesidades de atención médica está a sólo un clic de distancia!





Centro Médico de la Familia Responsabilidad de la cita del paciente

Como cortesía para nuestros pacientes, una llamada de recordatorio se envía el día antes de su cita para recordarle el tiempo y el proveedor que verá. A cambio, estamos pidiendo a nuestros pacientes que sean corteses y que nos llamen si usted no puede hacer su cita programada. Los horarios de citas son muy valiosos para usted, el proveedor y otros pacientes que pueden estar esperando para programar una cita.

En el caso de que no llame para cancelar o reprogramar su cita, se considerará un No Call No Show (NCNS). Le haremos una llamada para preguntar cómo le podemos ayudar en cualquier forma de mantener su cita. Si tres (3) NCNS ocurren en un periodo de 12 meses, solo podrá establecer una cita para el mismo día de un (1) problema solamente. Si no hay una cita del mismo día disponible, tendrá que llamar al día siguiente para comprobar la disponibilidad de citas en el mismo día.

Gracias.



Centro Médico de la Familia de Michigan
8765 Lewis Avenue
Temperance, MI 48182

Notificación de prácticas de privacidad

Efectivo: 14 de abril de 2003

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar la Información Médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Para más información, póngase en contacto con nosotros:

Jamie Ferguson

Oficial de Privacidad

8765 Lewis Avenue

Temperance, MI 48182

(734) 847-3802

Quiénes somos:

Este aviso describe las prácticas de privacidad del Centro Médico de la Familia de Michigan, Inc. (CMF) y las prácticas de privacidad de:

- Todos nuestros médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud están autorizados a ingresar información sobre usted en su expediente médico.
- Todos nuestros departamentos, incluyendo, por ejemplo, nuestros registros médicos y departamentos de facturación.
- Todo nuestro Centro de Salud sitios- Temperance, Carleton, Monroe, Adrian.
- Todos nuestros empleados, personal, voluntarios y otros miembros del personal que trabaja para nosotros en nuestro nombre.

Nuestra promesa:

Entendemos que la información médica sobre usted y la atención médica que recibe son personales. Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. Cuando recibe tratamiento y otros servicios de atención médica de nosotros, creamos un registro de los servicios que recibió. Necesitamos este registro para proporcionarle un cuidado de calidad y cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a todos nuestros registros acerca de su cuidado, ya sea hecho por nuestros profesionales de la salud u otros que trabajan en esta oficina, y le informa sobre la manera en la que podemos usar y divulgar su información personal de salud. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la información de salud que guardamos sobre usted y las obligaciones que tenemos cuando usamos y revelamos su información de salud.

Estamos obligados, por ley, a:

- Asegúrese de que la información médica que lo identifique se mantiene como privado, de acuerdo con la ley pertinente.
- Le brindamos esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información personal de salud.
- Siga los términos de la notificación que está actualmente vigente para toda su información personal de salud.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud:

Podemos usar y divulgar su información personal de salud para estos propósitos:

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar la información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios de cuidado de la salud. Podemos divulgar su información de salud a los médicos, enfermeras,

técnicos, estudiantes de medicina y otros que están involucrados en su atención. Ellos pueden trabajar en el Centro Médico de la Familia, en el hospital si está hospitalizado bajo nuestra supervisión, o al otro médico de oficina, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención de la salud a los que se puede derivar para tratamiento, consulta, rayos X, pruebas de laboratorio, prescripciones u otros servicios de atención médica. También pueden incluir a médicos y otros profesionales de la salud que trabajan en el Centro Médico de la Familia o en otro lugar, a quienes consultamos acerca de su cuidado. Por ejemplo, podemos consultar con un especialista que presta su/sus servicios al Centro Médico de la Familia acerca de su cuidado o divulgar a un médico de urgencias que lo está tratando por una pierna rota que tiene diabetes, porque la diabetes puede afectar su cuerpo proceso curativo.

- **Para pago.** Podemos usar y revelar información de salud sobre usted para facturar y cobrar el pago de usted, su compañía de seguros, incluyendo Medicaid y Medicare, u otro tercero que pueda estar disponible para reembolsarnos por parte o toda su atención médica. También podemos revelar información sobre su salud a otros proveedores de atención de la salud o para su plan de salud de modo que puedan arreglar para el pago referente a su cuidado. Por ejemplo, si tiene un seguro de salud, quizás necesitemos compartir información sobre su visita al consultorio con su plan de salud para que su plan de salud nos pague o le reembolse la visita. También podemos informar a su plan de salud acerca del tratamiento que usted necesita para obtener la aprobación previa de su plan de salud o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y revelar información de salud acerca de usted para nuestras operaciones cotidianas y puede revelar información sobre usted a otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado o en su plan de salud para usarlos en sus operaciones cotidianas. Estos usos y revelaciones son necesarios para administrar el Centro Médico de la Familia y para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciben atención de calidad y para ayudar a otros proveedores y planes de salud a hacerlo también. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para revisar los servicios que ofrecemos y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar la información de salud de nuestros pacientes con información de salud de otros proveedores de atención médica para decidir qué servicios adicionales el Centro Médico de la Familia debe ofrecer, qué servicios son necesarios, si los nuevos tratamientos son efectivos o comparar cómo estamos haciendo con otros y ver dónde podemos hacer mejoras. Podemos eliminar la información que lo identifica de este conjunto de información de salud para que otros puedan usarla para estudiar la prestación de atención de salud sin saber quiénes son nuestros pacientes.
- **Recordatorios de citas.** Podemos usar y revelar información de salud acerca de usted para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una próxima cita en el Centro Médico de la Familia.
- **Servicios Relacionados con la Salud y Alternativa de Tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre los servicios relacionados con la salud o recomendar opciones y alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Por favor, háganos saber si usted no desea que nos pongamos en contacto con usted con esta información, o si desea utilicemos una dirección diferente al enviar esta información a usted.
- **Actividades para recaudar fondos.** Podemos usar información de salud acerca de usted para comunicarse con usted en un esfuerzo por recaudar dinero para nuestras operaciones sin fines de lucro. Podemos divulgar su información de salud a una fundación relacionada con el Centro Médico de la Familia para que la fundación pueda comunicarse con usted para recaudar fondos para el Centro Médico de la Familia. Solamente divulgaremos información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios de nosotros. Por favor, háganos saber si usted no quiere que nos pongamos en contacto con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos.



- **Personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado.** Podemos divulgar su información de salud a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado de salud o la persona que ayuda a pagar por su cuidado.
- **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información sobre su salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento a los que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de privacidad de un paciente. Antes de usar o divulgar información de salud para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación especial, aunque podemos divulgar información de salud sobre usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación. Por ejemplo, podemos ayudar a los investigadores potenciales a buscar pacientes con necesidades específicas de salud, siempre y cuando la información de salud que revisen no salga de nuestras instalaciones. Casi siempre le pediremos permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o estará involucrado en su cuidado.
- **Donación de órganos o tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que manejan la adquisición de órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos o donaciones de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.
- **Según lo requerido por la ley.** Vamos a revelar información sobre su salud cuando sea requerido por las leyes federales, estatales o locales.
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y revelar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o/a la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo sería para alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Militares y Veteranos.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separado/a del servicio militar, nosotros podemos dar información sobre su salud según lo requieran las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de Veteranos que sean aplicables. También podemos divulgar información de salud sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.
- **Compensación de trabajadores.** Podemos dar a conocer información sobre su salud para la compensación del trabajador o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
 - Para prevenir o controlar la enfermedad.
 - Informar sobre nacimientos y muertes.
 - Para reportar abuso o negligencia infantil.
 - Informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos.
 - Para notificar a la gente de los retiros de productos.
 - Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
 - Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando es requerido o autorizado por la ley.
- **Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el



gobierno monitoree el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

- **Demandas y Disputas.** Podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información de salud acerca de usted en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento u otro proceso legal que no esté acompañado por una orden judicial o administrativa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar información sobre su salud si lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
 - En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar.
 - Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
 - Bajo ciertas circunstancias limitadas, sobre la víctima de un crimen.
 - Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal.
 - Sobre la conducta criminal en el Centro Médico de la Familia.
 - En circunstancias de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- **Médico Forense, Examinadores de Salud y Directores de Funerales.** Podemos divulgar información sobre nuestros pacientes a un médico forense o examinador de salud. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida, o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información de salud a los directores de funerarias que puedan ser necesarios para que puedan cumplir con sus deberes.
- **Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia.** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de Protección para el Presidente y Otros.** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente, a otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o llevar a cabo investigaciones especiales.
- **Presos.** Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información sobre su salud a la institución correcciones o al funcionario policial. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le provea cuidado de salud, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o (3) para la seguridad de la institución correccional.

Tus derechos:

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud personal. Esta sección de nuestro aviso describe sus derechos y cómo ejercerlos:

Derechos de Inspección y Copia. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información de salud personal en sus registros médicos y de facturación, o en cualquier otro grupo de registros que mantenemos y usamos para tomar decisiones de cuidado de salud sobre usted. Este derecho no incluye el derecho de inspeccionar y copiar notas de psicoterapia, aunque podemos, a su solicitud y con el pago de la tasa aplicable, proporcionarle un resumen de estas notas.

Para inspeccionar y copiar su información de salud personal, debe enviar su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copiado y envío y por cualquier otro costo asociado con su solicitud.

Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si su solicitud es denegada, usted puede solicitar que la negación sea revisada. Designaremos a un profesional de



la salud con licencia para revisar nuestra decisión de denegar su solicitud. La persona que conduce la revisión no será la misma persona que negó su solicitud. Ciertas negaciones, como las relacionadas con notas de psicoterapia, sin embargo, no serán revisadas.

Derecho de Modificación. Si considera que la información de salud que mantenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifique la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda para cualquier información que mantenemos sobre usted. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito, enviada a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso, y debe estar contenida en una hoja de papel legiblemente manuscrita o mecanografiada. Además, debe proporcionar una razón que apoye su solicitud de una enmienda. Podemos denegar su solicitud de una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- No fue creado por nosotros, a menos que la persona u organización que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.
- No es parte de la información de salud mantenida por o para el Centro Médico de la Familia.
- No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o
- Es precisa y completa.

Cualquier enmienda que hagamos a su información de salud será revelada a los profesionales de la salud involucrados en su cuidado ya otros para llevar a cabo operaciones de pago y atención médica, como se describe anteriormente en este aviso.

Derecho a Recibir una Contabilidad de Divulgaciones. Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones de su información de salud que hemos hecho. Cualquier contabilidad no incluirá todas las revelaciones que hacemos. Por ejemplo, una contabilidad no incluirá divulgaciones:

- Realizar operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud descritas anteriormente en este aviso.
- De acuerdo con su autorización por escrito.
- A un familiar, otro pariente o amigo personal involucrado en su cuidado o pago por su cuidado cuando usted nos ha dado permiso para hacerlo,
- A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

Para solicitar una contabilidad de revelaciones, debe enviar su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos del costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo. Le enviaremos por correo una lista de revelaciones en forma de papel dentro de los 30 días de su solicitud, o le notificaremos si no podemos proporcionar la lista dentro de ese período de tiempo y en qué fecha podemos proporcionar la lista, esta fecha no excederá de 60 días a partir de la fecha en que hizo la solicitud.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información de salud que usamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago por su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no divulguemos información sobre usted a un médico determinado u otro profesional del cuidado de la salud, o que no revelemos información a su cónyuge sobre ciertos cuidados que recibió.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones si no es factible para nosotros cumplir con su solicitud o si creemos que tendrá un impacto negativo en nuestra capacidad para cuidar de usted. Si estamos de acuerdo, sin embargo, cumpliremos su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar



tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud por escrito a nuestro contacto de privacidad identificado en la primera página de este aviso. En su solicitud, debe indicarnos la información que desea limitar y a quién desea que se apliquen los límites.

Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una manera determinada. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo a una dirección específica.

Para solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera, debe hacer su solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. No le pediremos la razón de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Acomodaremos todas las peticiones razonables.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Para recibir una copia, solicítela por favor a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso.

Cambios a esta Notificación:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el aviso cambiado sea efectivo para toda la información de salud que mantenemos sobre usted, ya sea información que recibimos anteriormente sobre usted o información que podamos recibir sobre usted en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestras instalaciones. Nuestro aviso indicará la fecha efectiva en la primera página, en la esquina superior derecha. También le daremos una copia de nuestro aviso actual a petición.

Quejas:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted puede presentar una queja enviándonos una descripción por escrito de su queja o comunicándonos su queja en persona o por teléfono:

Jamie Ferguson
Oficial de Privacidad
Centro Médico de la Familia de Michigan
8765 Lewis Avenue
Temperance, MI 48182
(734) 847-3802

Por favor describa lo que pasó y darnos las fechas y nombres de cualquier persona involucrada. También comuníquese con nosotros para que podamos responder a su queja. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Otros usos y revelaciones de su información médica protegida:

Otros usos y divulgaciones de información de salud personal no cubiertos por este aviso o ley aplicable serán hechos solamente con su autorización por escrito. Si nos da su autorización por escrito para usar o divulgar su información personal de salud, puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud personal por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos recuperar los usos y revelaciones que ya hemos hecho con su autorización, y estamos obligados a conservar nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.