



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de Hoy	Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre
---------------------	-----------------	---------------	-----------------------------------

Fecha de Nacimiento	Edad	Genero/Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
----------------------------	-------------	---

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	---------------	---------------	----------------------

Primer Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Tiene usted instrucciones anticipadas para el cuidado de salud? (tal como, un Testamento o Poder Notarial) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
--	---

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____	Estado Marital: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Compañero(a) por Vida <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)
--	--

Teléfono de Casa: (____) _____ ¿Podemos dejarle un mensaje en tu casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Numero Preferido para contactarle: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono durante el día <input type="checkbox"/> Teléfono Alternativo <input type="checkbox"/> No teléfono disponible
Teléfono Durante el Día: (____) _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Numero de Teléfono Alternativo: (____) _____ ¿Podemos dejarle un mensaje en el teléfono alternativo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

Si el paciente esta en 8^{avo} grado o menor grado, por favor indique el Distrito escolar y el nombre de la escuela, si no, solo anote N/A. 8^{avo} grado o menor grado N/A

Distrito Escolar: _____ Nombre de la Escuela: _____

Es participante del programa Illinois Health Connect? No Si No se (Necesita clarificación por parte de la recepcionista)

NECESIDADES ESPECIALES / INFORMACION DEMOGRAFICA ADICIONAL

¿Tiene usted alguno de los siguientes impedimentos? Visual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Auditivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Verbal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Trauma Reciente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Mecanismo Educacional Se dieron instrucciones verbales Se dieron instrucciones escritas Se dieron instrucciones con señas	Requisitos Religiosos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si, por favor explique: _____
--	---	---

Sin Hogar Permanente: No Albergue Hogar Transicional Desconoce
 Hacinamiento(mas de una familia en el hogar) Vive en la Calle

Trabajador (a)del Campo: No Estacional Migrante

Barreras de Lenguaje: No Si **Veterano(a) :** No Si

Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otro/Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco	Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconoce
--	---

Como se entero de nuestros servicios? (marque todos los que apliquen)

Volante Anuncio Radio T.V. Escuela Feria de Salud Anuncios Gigantes
 Correo Iglesia Presentación Libro de Teléfono Familiar/Amigo Internet/Website
 Paciente Actual Dr. _____ Plan de Seguro Medico _____
 Hospital _____ Agencia de Servicios Social _____
 Empleado(a) de Tia Marthas _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de la persona en caso de Emergencia _____ Numero de Teléfono _____ Relación con el(la) paciente _____
 ()

PERSONA RESPONSABLE

Padre, Madre/ Guardián Legal / Persona Responsable : **SI EL MISMO QUE EL(LA) PACIENTE, Por favor marque esta caja**

Sr. Srta. Sra. Otro(a)

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial-Segundo Nombre _____ Apellido Previo _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad _____ Relación con el (la) paciente(s). _____

Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

() _____
 Numero de Teléfono Primario _____ Numero de Teléfono Alternativo _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

Por favor muestre su tarjeta de seguro medico y una identificación con foto a la recepcionista. Verificación de Ingresos es un requisito para todos los pacientes, con y sin seguro medico.

Persona Responsable del pago de servicios: **SI EL MISMO QUE EL(LA) PACIENTE, Por favor marque esta caja**

¿Es esta persona un paciente actual de Aunt Martha's? No Si ¿Esta persona está bajo cobertura de seguro medico? No Si

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

() _____
 Numero de Teléfono Primario _____ Numero de Teléfono Alternativo _____

SEGURO MEDICO PRIMARIO

Por favor indique el seguro medico primario: Medicaid Medicare Illinois Health Connect
 Harmony / HMO Seguro Privado / PPO Ninguno

Nombre del Asegurado(a) _____ Numero de Recipiente/Póliza _____

\$ _____ Relación del paciente con el(la) Asegurado(a): Mismo(a) Esposo(a)

Co-Pago / Deducible _____ Hijo(a) Otro _____

SEGURO MEDICO PRIMARIO

Nombre del seguro medico secundario (Si Aplica) _____ Numero de Recipiente/Póliza _____

Nombre del Asegurado(a) _____ Relación con el(la) paciente _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Numero de Personas en la Familia: _____ Ingreso Familiar Combinado: \$ _____ Por semana / Mes / Año

Ingreso Anual: \$ _____

OFFICE USE ONLY:

Signature Forms
 Patient Registration Form is Signed and Dated: YES NO
 Medical Consent/HIPAA is Signed and Dated: YES NO

Sliding Fee Forms (Uninsured Patients)
 Sliding Fee Application: YES NO N/A
 Current Income Documentation: YES NO N/A
 Current Financial Waiver: YES NO N/A
 Slide has been assigned: YES NO N/A

Income Re-Certify Date: _____ Staff Signature: _____

Autorización: Con mi firma yo certifico que toda la información suministrada en las hojas de registro del paciente esta correcta según mi conocimiento. Yo, autorizo la liberación de cualquier información médica u otra información necesaria para el procesamiento de reclamos a Aunt Martha's Health Center.

X _____
Firma del Paciente / Padre-Madre o Tutor Legal **Fecha**



AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER
Consentimiento para Servicios Médicos

Nombre del
Paciente: _____

Fecha de
Nacimiento: _____

Doy mi consentimiento para recibir servicios médicos ofrecidos por Aunt Martha's Health Center. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. También comprendo que cualquier información con respecto a mi historial o tratamiento médico será confidencial a menos que deba ser revelado bajo las leyes estatales y federales. Doy mi consentimiento para la liberación de mi historial médico a Medicaid, Medicare, compañías de seguros, organizaciones de acreditación y a otros programas de Aunt Martha's.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Padre/Madre/Tutor/Represente

Fecha

Firma de Testigo (Personal de Aunt Martha's)

Fecha

Conocimiento de Información sobre Directivas por Anticipado, Derechos y Responsabilidades del Cliente y Aviso de Practicas de Privacidad

Al firmar abajo, reconozco que Aunt Martha's me ha proporcionado con una copia de la Introducción a las Directivas por Anticipado, Derechos y Responsabilidades del Cliente y Aviso de Practicas de Privacidad. He recibido mis copias, he leído y entiendo la información que se me ha proporcionado.

Firma del Paciente

Fecha

Firma Padre/Madre/Tutor/Representante

Fecha

Firma de Testigo (Personal de Aunt Martha's)

Fecha



Cuestionario de Salud

Lista de Nueve Síntomas de Depresión

(Para pacientes de 11 años y mayores)

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

1. Durante las **últimas dos semanas**, ¿con que frecuencia le han molestado cualquiera de los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se siente triste, deprimido o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dificultad para conciliar/mantener el sueño o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Siente cansancio o tiene poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal con uno mismo, o que usted es un fracaso, o que ha decepcionado a si mismo/a o a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se mueve o habla tan lentamente que otras personas pueden darse cuenta. O todo lo contrario – ser tan inquieto o intranquilo que mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que sería mejor estar muerto o de querer hacerse daño de alguna manera **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Si usted ha tenido pensamientos que sería mejor estar muerto o de querer hacerse daño, por favor platique esto con su médico o cualquier otro proveedor de salud. Si este tipo de pensamientos ocurren cuando no hay ayuda disponible, acuda a la sala de emergencia del hospital o llame al 911.*

2. Si usted se ha identificado con **cualquier** problema en este cuestionario, ¿Qué tan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su hogar, o llevarse bien con la gente debido a estos problemas?

Nada difícil Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

(SOLO PARA PERSONAL DE LA CLINICA)

	Add columns: _____ + _____ + _____
Total # of Symptoms: _____	Total Score: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

Provider Signature (if applicable): _____ Date: _____



DENTAL HEALTH ASSESSMENT

Name: _____

Today's Date: _____

Phone Number: _____

Date of Birth: _____

In order for Aunt Martha's to provide you quality health care, we need to know about you. Please answer the following questions honestly. Check the appropriate box for each question.

1. When is the last time you had a dental exam?
 - Less than 6 months ago
 - 6 months – 1 ½ years ago
 - More than 1 ½ years ago
 - I don't know
2. When is the last time you had your teeth cleaned?
 - Less than 6 months ago
 - 6 months – 1 ½ years ago
 - More than 1 ½ years ago
 - I don't know
3. Do your gums bleed when you brush your teeth?
 - Yes
 - No
 - I don't know
4. Do you have pain in your mouth?
 - Yes
 - No
 - I don't know

ASESORAMIENTO DE SALUD DENTAL

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Para que Aunt Martha's pueda proveerle calidad en su atención médica, por favor conteste las siguientes preguntas con honestidad. Marque la respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo un examen dental?
 - Menos de 6 meses
 - 6 meses – 1 ½ años
 - Mas de 1 ½ años
 - No sé
2. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo una limpieza de dientes?
 - Menos de 6 meses
 - 6 meses – 1 ½ años
 - Mas de 1 ½ años
 - No sé
3. ¿Sus encías sangran cuando se cepilla los dientes?
 - Sí
 - No
 - No sé
4. ¿Tiene usted dolor en la boca?
 - Sí
 - No
 - No sé

For office use only

Reviewed by: _____
Signature Date

Referred? Yes No



**AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER
EVALUACION INICIAL DE LA SALUD**

Fecha:	Nombre:		
Teléfono:		Fecha de Nacimiento:	Edad:

¿Cómo calificaría su salud general? Excelente Buena Regular Mala

Razón principal para la visita de hoy: _____

Otros motivos de preocupación: _____

REVISION DE LOS SINTOMAS: Marque los síntomas actuales que tiene.

Constitucional

- Fiebres recientes/sudores
- Perdida/aumento de peso inexplicable
- Cansancio/debilidad inexplicable

Ojos

- Cambios en la visión

Oídos/Nariz/Garganta/Boca

- Dificultad para oír/zumbido en los oídos
- Fiebre de heno/alergias/congestión
- Dificultad para tragar alimentos

Cardiovascular

- Dolor en el pecho/malestar
- Palpitaciones
- Falta de respiro

Senos

- Bulto en el seno
- Secreción del pezón

Respiratoria

- Tos/respiración ruidosa
- Tos con sangre

Gastrointestinal

- Acidez/reflujo
- Sangre o cambios en evacuación intestinal
- Nausea/vomito/diarrea
- Dolor en el abdomen

Genitourinaria

- Orinar con dolor/sangrado
- Salida de orina
- Orinar durante la noche
- Secreción: pene o vagina
- Sangrado vaginal inusual
- Preocupación por la funciones sexuales

Musculoesqueléticos

- Dolor muscular/articular
- Dolor de espalda reciente

Piel

- Piel irritada
- Nuevo o cambio en un lunar

Neurológica

- Dolores de cabeza
- Pérdida de memoria
- Desmayo

Psiquiátrico

- Ansiedad/estrés
- Problemas de sueño

Sangre/Linfático

- Bultos inexplicables
- Fácil aparición de moretes/sangrado

Endo

- Intolerancia al frío/calor
- Aumento de sed/apetito

HISTORIAL MEDICO:

¿Tiene alguno de los siguientes problemas?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido (acidez estomacal) | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/otra adicción | <input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil |
| <input type="checkbox"/> Alergias (ambientales) | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón (especifique _____) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (especifique _____) | <input type="checkbox"/> Osteopenia u Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Problema de coágulos (sangrado o coagulación) | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Problema de colesterol | <input type="checkbox"/> Problema de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico de la espalda | <input type="checkbox"/> Otros problemas (por favor indique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | |

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas? Si es así, por favor indique en que año:

Cáncer de _____ Ataque del corazón _____ Transfusión de sangre _____
 Por favor especifique Derrame _____ Convulsiones _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS: Por favor liste todas las operaciones anteriores y fechas. No he tenido ninguna cirugía previa

Operación	Fecha

Operación	Fecha



AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER
EVALUACION INICIAL DE LA SALUD
 (continuación)

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
---------	----------------------

HISTORIAL REPRODUCTIVO:

HISTORIAL MENSTRUAL

Edad que comenzaron los periodos menstruales: ____ años Número de días entre periodos: ____ días.
 Duración del periodo: ____ días de sangrado. Flujo: Ligero Mediano Intenso
 Fecha de la última menstruación: _____ Certeza del último periodo: Segura Insegura
 Método de control de la natalidad: Condones Pastillas: Nombre _____ Dispositivo intrauterino
 Depo-Provera Nuva Ring Implanon Diafragma Ligadura de trompas Ortho Evra Patch
 ¿Sangrado penetrante? Sí No ¿Pasa coágulos? Sí No
 ¿Cambio de humor antes/durante su periodo? Si No Diagnóstico previo de: Ovarios poli quísticos Endometriosis

¿ES USTED POSMENOPAUSICA? Sí No

Edad de la menopausia: ____ años.
 ¿Ha recibido terapia de reemplazo hormonal? No Si Tipo: _____ # de años: ____ ¿Sofocos? Sí No

HISTORIAL DE EMBARAZO INCLUYENDO EMBARAZO TUBAL Y ABORTO INVOLUNTARIO

total de embarazos: ____ Terminó Completo Prematuro # de abortos involuntarios: ____ # of abortos ____
 ¿Embarazo ectópico/tubal? Si No # de embarazos múltiples (gemelos): ____ # de cesáreas: ____ # de niños que viven: ____

HISTORIAL DE PAPANICOLAOU

Fecha del último Papanicolaou: _____ ¿Normal? Sí No
 ¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? Si No Fecha y tratamiento: _____
 ¿Dónde se realizó el Papanicolaou? _____
 ¿Tomo su madre dietilestilbestro (DES) mientras estaba embarazada de usted? Sí No No lo se

HISTORIAL SOCIAL:

Título del trabajo : _____ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado
 Viudo Separado Comprometido

Ejercicio: No Si Activo/a, pero no ejercicio formal Muy activo, 4 o más veces a la semana
 Moderado, 1-3 veces por semana Mínimo Sedente
 Consumo de tabaco: Si No Tipo: _____ # por día ____ por ____ años. ¿Dejo el tabaco? Si Cuando: _____
 Consumo de alcohol: Si No Tipo: _____ # por día ____ por ____ años. ¿Dejo el alcohol? Si Cuando: _____
 Abuso de sustancias ilegales: Si No Tipo: _____ Frecuencia _____ por ____ años.
 ¿Dejo las sustancias ilegales? Si Cuando: _____
 Consumo de cafeína: (te, café, refrescos) Si No Tipo: _____ # por día _____ por ____ años.

¿Es usted sexualmente activo/a? Si No Edad de su primer encuentro: ____
 ¿Alguien te ha forzado a tener relaciones sexuales? Si No si contesto **Si**, por favor explique: _____

¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección porque su pareja no quiso usar protección(a pesar de que usted quería usar protección)?
 Si No si contestó **Si**, por favor explique: _____

¿Su pareja le escucha? Sí No ¿Su pareja respeta sus decisiones? Si No si contesto **no**, por favor explique: _____

¿Alguna vez ha tomado demasiado y tenido relaciones sexuales aunque usted no lo deseaba? Si No si contesto **Si**, por favor explique _____

¿Ha experimentado una actividad sexual que no se sentía bien, le duele o le asusta? Yes No si contesto **Si**, por favor explique: _____

¿Su pareja o alguien importante para usted han abusado emocionalmente o físicamente de usted? Si No si contesto **Si**, por favor explique: _____

¿Le tiene temor a su pareja o a alguien más? Si No si contesto **Si**, por favor explique: _____



AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER

Una Introducción a las Directivas Anticipadas: Testamento en Vida y Poder Notarial para la Atención Médica

¿Qué es una Directiva Anticipada?

Una Directiva Avanzada es un documento que le permite:

- Expresar sus deseos sobre su cuidado de salud en una forma que le dirá a otros como cuidar de usted, ya que llegue el momento en que usted esté incapaz de tomar o comunicar decisiones por sí mismo.
- El dar una "directiva anticipada" significa:
 - Dar sus instrucciones con anticipación
- Hay dos tipos de directivas anticipadas:
 - El Testamento de Vida
 - El Poder Notarial Duradero para la atención médica

¿Qué es un Testamento en Vida?

- Una declaración escrita de sus deseos con respecto al tratamiento médico si usted tiene una enfermedad terminal y la muerte es inminente y que es incapaz de tomar decisiones por sí mismo
- Si se encuentra al fin de una enfermedad terminal, le permite elegir el tipo de atención que usted desea o no desea.
- Puede proporcionar instrucciones a sus proveedores de atención médica acerca de su cuidado médico si usted tiene una enfermedad terminal, incluso si usted no desea nombrar a un individuo específico para servir como su agente bajo un Poder Notarial para la Atención Médica;
- Se puede cambiar o revocar por usted en cualquier momento;
- Es un documento que se le aconseja compartir con una o más de las siguientes personas:
 - Miembro de la familia o amigo cercano
 - Su médico
 - Su abogado
 - Su "representante" designado (su Poder Notarial para la Atención de Salud) si tiene uno

¿Por qué es una buena idea tener un Avance Directivo?

Una directiva anticipada puede ayudarle a prepararse para tomar decisiones sobre la atención médica o una enfermedad que amenace su vida, al declarar sus deseos ahora.

Si no desea tener una directiva anticipada, es de beneficio discutir sus deseos con las personas (como un tutor, cónyuge, hijos mayores de edad, y otras personas cercanas a usted) que puedan ser capaces de hacer decisiones médicas en su nombre.

¿Qué es un Poder Notarial para el Cuidado de la Salud?

Un poder notarial para el cuidado de salud es:

- Un documento escrito que se pueda utilizar para designar a una persona de su elección (su "representante") que atiende y está de acuerdo para tomar decisiones de atención médica por usted; ;
- Se convierte efectivamente al tiempo que usted afirma en el documento, y como tal,
 - Puede aplicar un amplio grado de decisiones sobre su salud
 - Permite a confiar en una persona de confianza para que decida lo que es mejor para usted
- Se refiere a las decisiones de atención médica:
 - Que no desea hacer por usted por cualquier motivo, o
 - Que se debe hacer cuando usted está muy enfermo y no puede comunicar decisiones por sí mismo
- Requiere que su representante respete sus deseos sobre el cuidado médico tal como usted lo ha indicado
- Se puede cambiar o revocar por usted en cualquier momento

¿Dónde Puedo Obtener Más Información?

Para información sobre los diferentes tipos de directivas anticipadas (testamento vital, poder notarial para la atención médica, órdenes de no resucitar), consulte las siguientes fuentes:

1. Su abogado o servicio de asistencia legal
2. Su condado o departamento de salud estatal
3. Departamento de Salud Pública de Illinois
 - Email: www.idph.state.il.us
 - Mail: 535 W. Jefferson St.
Springfield, IL 62761

AUNT MARTHA'S HEALTH CENTER

Derechos y Responsabilidades del Cliente

El Centro de Salud Aunt Martha's está dedicado a proveer al cliente el mayor cuidado posible para satisfacer sus necesidades identificadas. Para poder lograr esto creemos que es importante incluir a nuestros clientes y padres/tutores legales, (cuando sea aplicable) en todas las decisiones que afectan directamente en su tratamiento de acuerdo con la póliza establecida en la parte II de Salud Mental y el código de desarrollo e incapacidades. Nuestra agencia ha desarrollado los siguientes derechos y responsabilidades para los clientes.

Es la obligación de los empleados de Aunt Martha's informarle de sus derechos y responsabilidades antes de empezar los servicios del programa en un lenguaje o método de comunicación en el que usted pueda entender.

- Usted tiene el derecho de recibir información confidencial la cual es gobernada por la ley conocida como Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud) y por leyes estatales (donde es aplicable). Su información personal solo será utilizada como es describe en el Aviso de Practicas de Privacidad, al menos que una autorización por escrito se le dé a usted o a su representante legal, solo si es aplicable, excepto cuando sea requerido por la ley.
- Usted tiene el derecho de ser informado de la naturaleza, la disponibilidad (incluyendo las horas que el cuidado está disponible) y objetivos de todos los servicios con los que cuenta la agencia o otros recursos.
- Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto, cortesía y en un ambiente menos restrictivo.
- Usted tiene el derecho a recibir los servicios sin importar su edad, sexo, raza, religión, origen étnico o incapacidad. Sin embargo, si usted es menor de 18 años, necesitara un permiso de sus padres o tutor legal, a menos que usted esté buscando los servicios de planificación familiar y que tenga 12 años de edad o más.
- Usted tiene el derecho de ser libre de abuso, negligencia o explotación. Usted no puede ser sujeto a ningún tipo de violación a sus derechos, tales como abuso físico, humillación, ridiculización, abuso verbal o ninguna otra disciplina que pueda dañar su dignidad o valor como persona.
- Usted tiene el derecho de solicitar su expediente clínico como cliente y examinar su contenido en presencia de un empleado calificado que pueda interpretar su contenido. Puede solicitar un informe con aclaraciones que se incluyan en su expediente si usted encuentra cualquier discrepancia.
- Usted o su tutor legal tienen el derecho de hacer una queja o apelar decisiones adversas del proveedor incluyendo al Director Ejecutivo o la posición comparable y ser informado del resultado de la petición.
- Usted o su tutor legal tiene el derecho de no aceptar los servicios, incluyendo medicamento. Usted deberá ser informado de servicios alternativos disponibles y el riesgo que estos traigan, si existe alguno, así como las consecuencias posibles de no aceptar los servicios.
- Tratamiento y/o servicios no deberán ser negados, reducidos, suspendidos o terminados por exigir sus derechos.
- Usted deberá ser informado si existe algún pago o políticas de pago por los servicios ofrecidos. En programas de la clínica, la imposibilidad de pagar no será el factor determinante de admitirlo o terminar los servicios.
- Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones de su atención medica.
- Usted tiene el derecho a ser informado sobre los programas financieros relacionados con su cuidado médico, tratamiento o servicios.
- Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información pertinente al personal de la clínica y al médico o proveedor de atención medica en la medida que le sea posible.
- Usted tiene el derecho y responsabilidad de hacer preguntas si no entiende las instrucciones que se le dan.
- Usted tiene la responsabilidad de aceptar las consecuencias que pueden ocurrir como resultado de decisiones que toma, de las acciones que toma o de la inacción.
- Usted tiene la responsabilidad de seguir las reglas y regulaciones específicas a nuestras instalaciones.
- Usted tiene la responsabilidad de respetar a los demás pacientes y al personal.
- Usted tiene la responsabilidad de hacer un esfuerzo para pagar las cuentas relacionadas con el tratamiento de las que es responsable.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Centro de Salud de Aunt Martha's es una entidad cubierta bajo HIPPA (por sus siglas en Ingles). Como una entidad encubierta, Aunt Martha's está comprometida en asegurarle que su información privada de salud es tratada en forma confidencial. Esta nota describe casos en los que información de su salud puede ser divulgada (para usarse fuera de Aunt Martha's). Con excepción de los accesos descritos en este aviso, información de su salud no será divulgada sin su autorización firmada.

Uso de información para tratamiento, pago y operaciones

1. Con el fin de proporcionar atención médica, obtener pago por los servicios y garantizar la calidad y la eficiencia, habrá momentos en que debemos compartir información fuera de la organización.
 - a. Un ejemplo que puede ocurrir bajo tratamiento sería llamar a un médico o a un hospital a los cuales usted estaría siendo referido y proporcionar información acerca de su condición.
 - b. Para los propósitos de pago, podremos enviarle información a su compañía de seguros, requerida para poder procesar su cuenta.
 - c. Para las operaciones, puede ser que permitamos que su expediente sea repasado por un revisor o un interventor externo.
2. En los casos anteriormente mencionados, su información personal de salud puede ser divulgada. En cada uno de estas circunstancias, las entidades que revisan su información estarán limitados por ley federal o dicho de otra manera tendrán la responsabilidad de mantener su información personal confidencial.
3. La información que podemos divulgar bajo estas circunstancias no sería limitada y podría incluir información con respecto a la infección del HIV, el abuso de sustancias, y/o a enfermedades psiquiátricas.
4. Usted puede solicitar restricciones mas allá de las indicadas en este aviso pero nuestra organización no está obligada a garantizar la restricción(es) por usted requerida(s) a menos que acordemos hacerlo así.

El derecho para inspeccionar y enmendar expedientes

- Usted tiene el derecho de examinar su expediente médico como cliente o cualquier otro documento poseído por Aunt Martha's que contenga información personal de salud con rara excepciones.
- Si usted cree que cualquiera de la información examinada no es precisa, usted tiene el derecho de solicitar que la información sea cambiada de modo que sea precisa.
- Una petición para examinar o enmendar información de su salud deberá hacerse por escrito. Si usted hace tal petición, esta será evaluada por un oficial o designado de privacidad de Aunt Martha's para determinar si su petición para examinar información de su salud y/o el cambio solicitado en información relevante a su salud le es permitido.
- Usted será informado de una decisión (para la inspección o la enmienda/cambio del expediente) dentro de un período de tiempo razonable.
- Si una decisión se toma para cambiar la información por usted requerida, el cambio será realizado y se hará un esfuerzo para informar a otras entidades que pudieron haber recibido información inexacta.
- Sin embargo, si se determina que no se autoriza ningún cambio, usted será informado de esta decisión también. Usted puede apelar esta decisión sometiendo nuevamente su petición para el cambio por escrito e indicando en esta petición que usted ahora está apelando una decisión anterior.
- Después del recibo de la segunda petición los expedientes serán reevaluados por un médico licenciado que no estuvo implicado en su tratamiento o en la decisión para negar la petición inicial. La decisión en este segundo paso de revisión será final.

Accesos directos para investigación

- Es posible que la información de su salud pueda ser acceada por un investigador.
- Tal acceso no será permitido bajo ninguna circunstancia a menos que el investigador haya demostrado claramente que la información de su salud será tratada confidencialmente y que las medidas de protección serán las más adecuadas para asegurarse de que no ocurra un acceso no autorizado.
- En estas situaciones si es factible, usted será contactado y se le solicitara permiso para que su información pueda ser utilizada para dicho propósito.

- Sea que usted permita o no que una información sea utilizada, sus servicios en Aunt Martha's no se verán afectados de ninguna manera. Su tratamiento bajo ninguna circunstancia estará condicionado por su aprobación a que su información sea utilizada.
- En situaciones donde no es factible obtener su aprobación, su información puede aun ser utilizada (pero no en casos donde usted haya pedido que su información no sea utilizada) siempre y cuando el investigador haya demostrado que medidas apropiadas serán tomadas para proteger su identidad, y que medidas apropiadas serán tomadas para prevenir el acceso no autorizado, y que cualquier información referente a su identidad será destruida tan temprano como sea posible en la investigación.
- Cualquier acceso más allá de que esta descrito anteriormente requiere generalmente que usted firme una forma de autorización excepto bajo circunstancias raras y extenuantes.
- Tía Martha's ha formado un comité de Conformidad Corporativo HIPAA, el cual es responsable de supervisar la implementación de los esfuerzos de conformidad de Aunt Martha's HIPAA y de asegurarse de que información personal de su salud será tratada confidencialmente. Los miembros de dicho comité, incluyendo aquellos responsables de investigar quejas, se mencionan a continuación:

○ Director Ejecutivo	Raúl Garza
○ Director Médico	Jennifer Byrd
○ Oficialía de Quejas	Ernest González

- Usted puede someter una queja verbalmente o por escrito a cualquier receptor de quejas en cualquiera de las localidades anteriormente mencionadas. Si usted deja un mensaje de correo de voz, incluya su nombre de paciente/cliente y detalles sobre la queja.
- Además, si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted tiene el derecho de quejarse a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos en la oficina de Derechos Civiles.
- Este aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambiar. Si ocurre un cambio, el cambio será fijado en nuestra área de espera y en nuestro sitio Web a la hora que sea implementado o tan pronto como sea posible después de la implementación.