

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:			
APELLIDO:	NOMBRE:	M.I.:	NOMBRE ANTERIOR SI PROCEDE:
DIRECCIÓN POSTAL O APARTADO DE CORREOS: NÚMERO DE PISO:			
DIRECCIÓN FÍSICA:			
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		EMPLEADOR:	
TELÉFONO DE FIJA:	TELÉFONO MÓVIL:	TELÉFONO DE TRABAJO:	
MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO PARA LLAMADAS RECORDATORIAS Y OTROS MENSAJES ELECTRÓNICOS:		SI ES POR VOZ, POR FAVOR SELECCIONE NÚMERO PREFERIDO:	
<input type="radio"/> VOZ <input type="radio"/> TEXTO <input type="radio"/> CORREO		<input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> CELDA <input type="radio"/> OBRA	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS?	
		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
ESTADO CIVIL:	FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:
		<input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER	
ESTADO DE CIUDADANÍA/INMIGRACIÓN: <i>(Esta información se solicita para determinar la elegibilidad para servicios financiados federalmente y se mantiene confidencial conforme a las leyes y regulaciones aplicables.)</i>			
<input type="radio"/> CIUDADANO ESTADOUNIDENSE <input type="radio"/> RESIDENTE PERMANENTE LEGAL (TITULAR DE LA GREEN CARD) <input type="radio"/> LEGALMENTE PRESENTE (por ejemplo, asilado, refugiado, estatus de protección temporal, visado de trabajo, visado de estudiante, etc.) <input type="radio"/> NO PRESENTE LEGALMENTE (Indocumentado u otro)			
RAZA (POR FAVOR SELECCIONA):		ETNIA:	IDIOMA PREFERIDO:
<input type="radio"/> BLANCO <input type="radio"/> HISPANO <input type="radio"/> INDÍGENA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA <input type="radio"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> NATIVO HAWIAIANO O ISLEÑO DEL PACÍFICO <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/> RECHAZAR		<input type="radio"/> HISPANA O LATINA <input type="radio"/> NO HISPANA NI LATINA <input type="radio"/> RECHAZAR	<input type="radio"/> INGLÉS <input type="radio"/> LENGUA DE SIGNOS <input type="radio"/> BOSNIO <input type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INDIO <input type="radio"/> RUSO <input type="radio"/> OTROS
NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:		RELACIÓN CON EL PACIENTE:	

¿TIENES OTRO MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA APARTE DE BLUESTONE? SI ES ASÍ, ¿QUIÉN?

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (CONTINUACIÓN)

NOMBRE Y UBICACIÓN PREFERIDA DE LA FARMACIA:

APLUMIDO DE SOLTERA DE LA MADRE DEL PACIENTE:

PARTE RESPONSABLE: SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD (MENOR DE 18 AÑOS), EL PADRE O TUTOR QUE LO TRAIGA APARECERÁ COMO GARANTE

APELLIDO:	NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:
DIRECCIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE:			CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PARTE RESPONSABLE:			RELACIÓN CON EL PACIENTE:
<p>SEGURO MÉDICO PRINCIPAL:</p> <p>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:</p> <p>_____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO:</p> <p>_____</p> <p>NÚMERO DE PÓLIZA:</p> <p>_____</p> <p>RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA:</p> <p>_____</p>			<p>POR FAVOR, PROPORCIONA ACTUALIZACIONES TARJETAS DE SEGURO MÉDICO PRINCIPAL AL PERSONAL DE LA OFICINA</p>
<p>SEGURO MÉDICO SECUNDARIO:</p> <p>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:</p> <p>_____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO:</p> <p>_____</p> <p>NÚMERO DE PÓLIZA:</p> <p>_____</p> <p>RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA:</p> <p>_____</p>			<p>POR FAVOR, PROPORCIONA ACTUALIZACIONES TARJETAS DE SEGURO MÉDICO SECUNDARIO PARA EL PERSONAL DE LA OFICINA</p>

La información anterior es cierta según mi mejor conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a la clínica. Entiendo que soy responsable económicamente de cualquier saldo. También autorizo a Bluestone Health Association o a la compañía de seguros a facilitar cualquier

Centro de Salud Bluestone	Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Prudich	Centro Médico Bluestone
Bluestone Atención Primaria	Bluestone Dental
Clínica de Salud Bluestone	Bluestone Pinnacle Atención Primaria

Por favor, lea antes de completar el paquete de visita inicial

Existen políticas que pueden afectar la experiencia de tu primera visita en nuestra clínica. Si tu queja principal es **DOLOR CRÓNICO** (dolor que dura más de 3 meses), ten en cuenta que seguimos las políticas (Proyecto de Ley del Senado 237) promulgadas por nuestro gobierno estatal. Se te someterá a un test de drogas, cualquier sustancia ilegal será comunicada al WVDHHR, y tu historial de medicación será investigado a través del Programa de Monitorización de Sustancias Controladas, que vincula la información de las recetas a una base de datos central para limitar la desviación (vender o regalar medicamentos) y la simulación (acudir al médico solo para conseguir pastillas).

Las prácticas de prescripción dependen de la discreción médica del profesional. Si esta es tu primera visita y no aportas pruebas adecuadas de lesión o discapacidad grave en forma de registros médicos recientes, resultados de resonancia magnética y/o radiografías, lo es **MUY IMPROBABLE** que te tratarán con medicación para el dolor opiode.

Entre ellas se encuentran: **Oxicodona, hidrocodona, hidromorfona, codeína, morfina, buprenorfina, tramadol o cualquiera de sus equivalentes comerciales.**

Esto no significa que no intentemos ayudarte a descubrir los problemas que causan tu dolor o que no te neguemos cualquier terapia basada en la evidencia para controlar mejor tu estado doloroso.

Si estás de acuerdo con estos medicamentos, por favor firma y pon la fecha a continuación.

X _____ / ____ / _____

Bluestone Health Association, Inc.

Centro de Salud Bluestone	Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Prudich	Centro Médico Bluestone
Bluestone Atención Primaria	Bluestone Dental
Clínica de Salud Bluestone	Bluestone Pinnacle Atención Primaria

HOJA INFORMATIVA DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ GÉNERO: _____ Data de nacimiento: _____ FECHA: _____

ALERGIAS: _____

HAZ UNA LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMAS, INCLUYENDO LOS DE VENTA LIBRE (SIN RECETA).

MEDICAMENTOS y VITAMINAS. INCLUYE DOSIS ESPECÍFICAS Y CUÁNDO SE TOMA. SI NO LO SABES, POR FAVOR LLAMA A TU FARMACÉUTICO PARA CONFIRMARLO.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL: (POR FAVOR, SELECCIONA TODO LO QUE

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| TDAH | EPOC/Enfisema | Colesterol alto | Artritis reumatoide |
| Alcoholismo | Demencia | VIH | Trastorno convulsivo |
| Alergias, estacionales | Depresión | Hepatitis | Trastorno del sueño |
| Anemia | Diabetes 1 o 2 | Síndrome de Intestino | Golpe |
| Ansiedad | Diverticulitis | Irritable | Trastorno de la |
| Arritmia (latido cardíaco irregular) | TVP (coágulo de sangre) | Lupus | tiroides |
| Artritis | ERGE (reflujo ácido) | Enfermedad hepática | Colitis ulcerosa |
| Asma | Glaucoma | Degeneración macular | |
| Bipolar | Enfermedades cardíacas | Neuropatía | |
| Problemas de vejiga/incontinencia | Infarto (MI) | Osteopenia/Osteoporosis | |
| Problemas de sangrado | Hiatal Hernia | Enfermedad de Parkinson | |
| Cáncer: _____ | Hipertensión | Vascular periférico | |
| Dolores de cabeza | Cálculos renales | Úlcera péptica | |
| Enfermedad de Crohn | Enfermedad renal | Psoriasis | |
| | | Embolia pulmonar | |

CORRESPONDA)

Última menstruación	Fecha:	Normal o anormal
Colonoscopia Sí o No	Fecha:	Normal o anormal
Mamografía Sí o No	Fecha:	Normal o anormal
Dexa (Desnidad Ósea) Sí o No	Fecha:	Normal o anormal
Papanicolaou Sí o No	Fecha:	Normal o anormal

Centro de Salud Bluestone
Centro Médico Prudich
Bluestone Atención Primaria
Clínica de Salud Bluestone

Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Bluestone
Bluestone Dental
Bluestone Pinnacle Atención Primaria

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE:

HISTORIAL CLÍNICO: (POR FAVOR, ENUMERA TODAS LAS CIRUGÍAS PREVIAS Y APROXIMADAMENTE DATES

HISTORIA SOCIAL/CULTURAL

Nivel educativo: Escuela Primaria, Secundaria, Colegio, Profesional, Graduado/Profesional
¿Hay algún problema de visión que afecte a tu comunicación? Sí No
¿Hay problemas de audición que afecten a tu comunicación? Sí No
¿Hay alguna limitación para entender o seguir instrucciones? Sí No

Situación actual de vivienda (REVISA TODO LO QUE APLICA):

Hogar unifamiliar Hogar multigeneracional Sin hogar Refugio
 Centro de Enfermería Especializada Otros: _____

Uso de fumar/tabaco: Actualidad Pasado Nunca Type: _____
Cantidad/día: _____ #/AÑOS _____

Alcohol: Actualidad Pasado Nunca Copas/semana: _____

Consumo recreativo de drogas: Actualidad Pasado Nunca Tipo: _____

¿Eres sexualmente activo? Sí No

¿Hay algún problema o preocupación personal en casa, trabajo o colegio que te gustaría comentar?
 Sí No

¿Tiene alguna preocupación cultural o religiosa relacionada con la prestación de la atención? Sí No

¿Hay algún problema financiero que afecte a tu capacidad para gestionar tu salud? Sí No

¿Con qué frecuencia recibes el apoyo social y emocional que necesitas?

Normalmente A veces Rara vez Nunca

Comentarios (Por favor, sentíos libres de comentar cualquier respuesta marcada como "sí" arriba):

Bluestone

Health Association, Inc.

Centro de Salud Bluestone
 Centro Médico Prudich
 Bluestone Atención Primaria
 Clínica de Salud Bluestone

Bluestone Medicina Familiar
 Centro Médico Bluestone
 Bluestone Dental
 Bluestone Pinnacle Atención Primaria

ANTECEDENTES FAMILIARES:

PADRE: Vida: Edad _____ Fallecido: Edad _____

Alcoholismo	Trastorno bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer: _____	Diabetes 1 o 2	Hipertensión	Golpe
Asma	EPOC/Enfisema	TVP (coágulo de sangre)	Enfermedad renal	Tiroides
Artritis	Demencia	Enfermedades cardíacas	Migrañas	

Otros: _____

MADRE: Vida: Edad _____ Fallecido: Edad _____

Alcoholismo	Trastorno bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer: _____	Diabetes 1 o 2	Hipertensión	Golpe
Asma	EPOC/Enfisema	TVP (coágulo de sangre)	Enfermedad renal	Tiroides
Artritis	Demencia	Enfermedades cardíacas	Migrañas	

Otros: _____

**HERMANOS:
 SIBLINGS:**

Haz una lista de cualquier otro proveedor médico que veas regularmente (por ejemplo, Cardiólogo, profesional de salud mental, neñólogo, dentista, etc.)

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Aviso de privacidad de la clínica

ASOCIACIÓN DE SALUD BLUESTONE, INC.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO CON ATENCIÓN.

Bluestone Health Association, Inc. está comprometida a ofrecer una atención sanitaria de calidad mientras protege la privacidad de tu información sanitaria. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar tu información sanitaria protegida (PHI) y tus derechos para acceder y controlar tu información. "Información sanitaria protegida" es información sanitaria que te identifica, como información relacionada con tus condiciones físicas o mentales pasadas, presentes o futuras, cuidados que has recibido o pagos realizados por dichos cuidados. También estamos obligados a proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales, nuestras prácticas de privacidad y sus derechos respecto a su PHI. Estamos obligados a cumplir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos vigentes en ese momento. Como se indicó anteriormente, este aviso es válido para los servicios sanitarios prestados a partir del 14 de abril de 2003, hasta que lo revisemos o reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de revisar o modificar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Cualquier revisión o enmienda a nuestro Aviso será efectiva para todas las HIS que nuestra organización haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquier PHI que creemos o mantengamos en el futuro. Nuestra organización publicará una copia de nuestro Aviso actual en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento, y puede solicitar una copia de nuestro Aviso más reciente en cualquier momento.

SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO, POR FAVOR CONTACTE CON NUESTRO RESPONSABLE DE PRIVACIDAD EN EL (304) 431-5499.

PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA (PHI) PARA EL TRATAMIENTO. PAGO Y NUESTRAS OPERACIONES, Y CUANDO SE PERMITA DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

Tratamiento: Podemos utilizar PHI para tratarte. Por ejemplo, podemos pedirte que te hagas análisis de laboratorio y podemos usar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Nuestro personal médico puede utilizar o divulgar PHI para tratarte o para derivarte a otros profesionales sanitarios que ayuden en tu atención.

Pago: Podemos utilizar y divulgar PHI para facturar y cobrar los servicios y artículos que puedas recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos contactar con su aseguradora de salud para certificar que es elegible para los beneficios y podemos proporcionar a su aseguradora detalles sobre su tratamiento para determinar si esta aseguradora pagará por su tratamiento.

Operaciones sanitarias: Podemos utilizar o divulgar PHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos utilizar y divulgar su información para nuestras operaciones, podemos utilizar PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros o para llevar a cabo actividades de gestión de costes y planificación empresarial para nuestra organización.

Otros usos permitidos: Podemos utilizar o divulgar la información de la información sobre PHI para recordarte citas o para proporcionarte información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarte. A menos que hagas una solicitud alternativa, podemos enviar postales a tu domicilio o mensajes de baja en tu contestador o con quien conteste tu teléfono para recordarte las citas, pedirte que nos contactes sobre tu atención o para solicitar o coordinar tu participación en los programas que ofrecemos, como los de manejo de enfermedades. También podemos enviarte boletines informativos sobre alternativas de tratamiento o atención, beneficios, servicios y información general sobre la atención sanitaria. Podemos compartir tu información sanitaria protegida con "socios comerciales" externos que realizan diversas actividades por nosotros; sin embargo, requeriremos la protección de PHI en nuestros acuerdos escritos con nuestros socios comerciales. También podemos utilizar y divulgar PHI para determinadas de nuestras actividades de recaudación de fondos, según lo permitan las normativas aplicables. Si no desea recibir estos materiales, por favor contacte con nuestro Responsable de Privacidad y envíe una solicitud por escrito para ser eliminado de nuestra lista de distribución de estos materiales.

También podemos utilizar o divulgar PHI conforme a la legislación federal y estatal en las siguientes situaciones que no requieran tu autorización para que tengas la oportunidad de oponerte:

Exigido por la ley: Podemos utilizar o divulgar tu PHI según lo requiera la ley, como cuando el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos lo solicite para determinar nuestro cumplimiento de las leyes y regulaciones de privacidad.

Salud Pública: Podemos divulgar la información de salud pública para actividades y fines de salud pública a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para

recopilar o recibir la información. También podemos utilizar o divulgar la información de información personal (PHI) con el fin de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles. La ley de Virginia Occidental exige denunciar de: abuso infantil o adulto vulnerable; lesiones por arma o quemaduras; enfermedades transmisibles; cáncer; intoxicación por plomo; y el deber de advertir de un daño inminente. Nuestra divulgación de la PHI se limitará a los requisitos pertinentes de la ley.

Supervisión de la Salud: Podemos divulgar PHI a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Estas agencias de supervisión incluyen organismos gubernamentales que supervisan el sistema sanitario, los programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y las leyes de derechos civiles.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar tu información sanitaria protegida a una autoridad de salud pública autorizada por ley para recibir informes de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, conforme a los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables. **Administración de Alimentos y Medicamentos:** Podemos divulgar información de información pública (PHI) según lo requiera la Administración de Alimentos y Medicamentos para informar de eventos adversos, defectos o problemas de productos.

Procedimientos legales: Si estás involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, pero solo si la parte que hace la solicitud ha hecho esfuerzos para notificarle sobre la solicitud o para obtener una orden de protección.

Aplicación de la ley: También podemos divulgar información de protección personal (PHI) para ciertos fines de aplicación de la ley. Estos incluyen (1) responder a una orden judicial o según lo requiera la ley; (2) solicitudes limitadas de información para fines de identificación y ubicación; (3) relacionado con sospechosos, fugitivos, testigos materiales, víctimas de delitos o personas desaparecidas; (4) sospecha de que la muerte ha ocurrido como resultado de conducta delictiva, (5) respecto a un delito en nuestras instalaciones; y (6) denunciar un delito en circunstancias de emergencia.

Forenses, directores funerarios y donación de órganos: Podemos divulgar información de interés médico a un forense o forense para fines de identificación y determinar la causa de la muerte o para otras funciones autorizadas por la ley. También podemos informar la PHI a los directores de funeraria para que puedan cumplir con sus funciones. La PHI puede utilizarse y divulgarse para fines de donación de órganos, ojos o tejidos.

Investigación: Podemos divulgar la PHI a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de tu información sanitaria protegida. Podemos divulgar PH) para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad del público u otra persona.

Actividad militar y seguridad nacional: Cuando se presenten las condiciones adecuadas, podemos utilizar o divulgar PHI de individuos que sean personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades consideradas necesarias por las autoridades militares correspondientes; (2) para el propósito de que el Departamento de Asuntos de Veteranos determine su elegibilidad para beneficios, o (3) ante una autoridad militar extranjera si es miembro de esos servicios militares extranjeros. También podemos divulgar tu información sanitaria protegida a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Compensación de Trabajadores: Podemos divulgar la PHI para cumplir con las leyes de Compensación Laboral de Virginia Occidental.

Internos: Podemos utilizar o divulgar información de interés personal (PHI) relativa a internos de un centro correccional que hayamos creado o recibido durante la atención a dichos internos.

USOS Y DIVULGACIONES DE PHI QUE PUEDEN HACERSE SALVO QUE TE OPONGAS

Podemos utilizar y divulgar tu PHI en los siguientes casos, salvo que te opongas. Si no está presente o no puede estar de acuerdo u objetar el uso u oposición al uso o divulgación de la PHI, podremos, utilizando nuestro juicio profesional, determinar si la divulgación es en su mejor interés; en este caso, solo se divulgará la información PHI relevante para su atención sanitaria. A menos que usted objete, podemos divulgar PHI: .- a un miembro de su familia, un familiar, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted involucre en su atención sanitaria, pero solo en la medida en que la PHI esté directamente relacionada con la implicación de esa persona en su atención sanitaria; - notificar a un familiar u otra persona responsable de tu cuidado sobre tu ubicación, estado general o fallecimiento; o .- a entidades (como la Cruz Roja Americana) para ayudar en los esfuerzos de ayuda ante desastres.

USOS Y DIVULGACIONES DE PHI BASADOS EN TU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Otros usos y divulgaciones de tu información sanitaria protegida se realizarán únicamente con tu autorización por escrito, salvo que la ley lo permita o exija lo contrario. Puede revocar dicha autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que

nuestra organización haya tomado alguna acción basada en el uso o la divulgación indicados en la autorización.

REQUISITOS MÁS Estrictos BAJO LA LEY DE VIRGINIA OCCIDENTAL

Debe tener en cuenta que el resumen anterior de usos permitidos y las divulgaciones de PHI se basa en los requisitos federales que deben cumplirse, a menos que la ley de Virginia Occidental ofrezca mayor protección a la PHI. En ciertas situaciones, Virginia Occidental ha adoptado protecciones más fuertes para la PHI que las disposiciones federales. Dado que ofrecemos tu atención sanitaria en Virginia Occidental, estas leyes se aplicarán, aunque puedas ser ciudadano de otro estado. En Virginia Occidental, la información de salud mental obtenida durante nuestro cuidado se considera confidencial y no puede divulgarse sin la autorización del paciente, mediante orden judicial calificada o cuando sea necesario para proteger a alguien de un peligro claro y sustancial de daño inminente. Para este fin, la información sobre salud mental incluye el hecho de que alguien es nuestro paciente o ha recibido tratamiento; Información relacionada con el diagnóstico o tratamiento y la IP relativa a la condición física, mental o emocional, así como consejos, instrucciones o prescripciones relacionadas con dicha atención, tratamiento o diagnóstico. Además, según la ley de Virginia Occidental, no podemos divulgar ni divulgar la información de atención pública de un menor que reciba tratamiento o servicios de anticonceptivos, parátesis prenatales, rehabilitación de drogas o enfermedades venéreas sin el consentimiento previo por escrito del menor (incluso a padres o tutores). Según la ley de Virginia Occidental, la identidad de una persona que ha recibido una prueba relacionada con el VIH y los resultados de dicha prueba no pueden ser divulgados sin el consentimiento de la persona. Sin embargo, la divulgación está permitida a ciertas partes, como la víctima de una agresión sexual o a los trabajadores sanitarios implicados en el tratamiento de la persona. Los destinatarios de dicha información bajo una de estas excepciones tienen prohibido volver a divulgar la PHI. Tampoco podemos divulgar a terceros información de información sobre el tratamiento del abuso de sustancias sin la autorización del paciente.

A CONTINUACIÓN SE MUESTRA UNA DECLARACIÓN DE TUS DERECHOS RESPECTO A TU PHI Y CÓMO PUEDES EJERCERLOS:

Tienes derecho a inspeccionar y copiar tu información sanitaria protegida. Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de la información sanitaria protegida sobre usted que esté contenida en un conjunto de registros designado mientras mantengamos la información protegida. Un "conjunto de registros designado" contiene registros médicos y de facturación que utilizamos para tomar decisiones sobre la atención sanitaria o la operación empresarial sobre ti. Sin embargo, según la ley federal, no puede

inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia: información recopilada en anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información sanitaria protegida sujeta a la ley que prohíbe el acceso a dicha información o que haya sido obtenida de alguien que no sea un proveedor sanitario bajo condición de confidencialidad. Puede solicitar una cita para inspeccionar y copiar su PHI completando un formulario de Solicitud de Acceso y enviándolo a nuestro Responsable de Privacidad. Si se concede su solicitud, programaremos un momento conveniente para tal acción. Estamos obligados a responder a su solicitud de inspección y copia de sus registros en un plazo de 30 días desde la recepción de su solicitud si la información solicitada se mantiene en el lugar (60 días si está fuera del lugar), a menos que ampraremos este tiempo de respuesta hasta 30 días adicionales, con notificación por escrito de las razones del retraso y la fecha en que completaremos nuestra acción ante su solicitud. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar sus registros en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se te niega el acceso a la información médica, puedes solicitar que se revise la denegación. Uno de nuestros médicos revisará tu solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será quien haya denegado tu solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión. Por favor, tenga en cuenta que todos los registros médicos originales creados por nosotros durante su atención siguen siendo de nuestra propiedad. Estamos obligados a tomar medidas razonables para proteger estos registros y evitar añadidos, eliminaciones o cambios no autorizados en estos documentos. Por tanto, aunque tiene un derecho general a inspeccionar y copiar sus historiales médicos según la ley federal y estatal, debemos controlar las condiciones y circunstancias bajo las cuales se realiza cualquier inspección y copia. Ningún paciente ni representante autorizado tendrá acceso sin supervisión a ningún historial médico y ningún historial médico podrá salir de nuestro control para fines de inspección y copia. Podemos cobrarle una tarifa por el coste de copiar, enviar por correo o registrar estos registros conforme a las leyes aplicables, salvo cuando lo estén prohibidas por dichas leyes y regulaciones. Si lo solicitas, podemos preparar un resumen de tu PHI (se cobrará una tasa). Puede solicitar información sobre nuestras tarifas a nuestro Responsable de Privacidad.

Tienes derecho a solicitar una restricción de tu información sanitaria protegida. Esto significa que puede pedirnos que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de su PHI para fines de tratamiento, pago o operaciones sanitarias, o a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención. Tu solicitud debe indicar la restricción específica solicitada. No estamos obligados a aceptar una restricción que puedas solicitar. Si nuestros proveedores sanitarios consideran que es en su mejor interés permitir el uso y la divulgación de su información sanitaria protegida, su información sanitaria

protegida no estará restringida. Si nuestros proveedores de salud aceptan las restricciones solicitadas, no podemos usar ni divulgar su PHI como restringida a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia o en caso de que la restricción sea terminada. Puede solicitar una restricción completando un formulario de Solicitud de Restricción de PHI y enviándolo a nuestro Responsable de Privacidad. Se pueden obtener copias de estos formularios a través de nuestro Responsable de Privacidad.

Puede solicitar recibir comunicaciones por medios alternativos: por ejemplo, puede pedir que solo le contactemos desde casa, no en el trabajo. Atenderemos las solicitudes. Podemos condicionar esta adaptación pidiéndote información sobre cómo se gestionará el pago. No solicitaremos una razón para su solicitud. Por favor, haga esta solicitud a nuestro Responsable de Privacidad completando un Formulario de Solicitud de Contacto Alternativo disponible a través de nuestro Responsable de Privacidad.

Tienes derecho a solicitar la modificación de tu PHI. Esto significa que puedes solicitar una modificación de PHI sobre ti en un conjunto de registros designado mientras mantengamos esta información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe estar en los formularios disponibles de nuestro Responsable de Privacidad (Solicitud de Enmienda/Corrección de PHI). Debes aportar una razón que respalde tu solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para respaldar su solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- No fue creado por nosotros, salvo que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer las enmiendas;
- No forma parte del conjunto de registros designado que llevamos; -No forma parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar; o
- Es preciso y completo

Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración. Te proporcionaremos una copia de cualquier réplica de este tipo. Tu declaración de desacuerdo no puede superar las 250 palabras. Si presenta una declaración de desacuerdo o indica claramente por escrito que desea que su solicitud de enmienda forme parte de su historial médico, la adjuntaremos a sus registros e incluiremos en cada vez que hagamos una divulgación del elemento o declaración que considere incompleto o incorrecto.

Tienes derecho a recibir un informe de ciertas declaraciones de tu información de interés (PHI). Este derecho se aplica a divulgaciones para fines distintos al tratamiento,

pago u operaciones sanitarias o cuando la ley lo permita. También excluye las divulgaciones que podamos haber hecho a ti o a otros en virtud de tu autorización o a familiares o amigos involucrados en tu cuidado. Puede solicitar un registro de estas divulgaciones hasta seis años antes de los datos en los que se solicita su contabilidad o en un plazo más corto; sin embargo, no estamos obligados a incluir ninguna divulgación anterior al 14 de abril de 2003. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas otras excepciones, restricciones y limitaciones. La primera contabilidad de las divulgaciones que solicite en un periodo de 12 meses es gratuita, pero nuestra organización puede cobrarle por solicitudes adicionales y puede retirar su solicitud antes de incurrir en ningún coste.

Tiene derecho a obtener una copia en papel del aviso de nuestra parte. A petición, incluso si has aceptado este aviso electrónicamente. Puedes contactar con nuestro Responsable de Privacidad para obtener una copia en papel.

Quejas: Puede presentar una queja a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si considera que se ha vulnerado sus derechos a la privacidad. Puedes presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Responsable de Privacidad sobre tu queja. No tomaremos represalias contra ti por presentar una queja. Puedes contactar con nuestro Responsable de Privacidad en el (304) 431-5499 para más información sobre el proceso de quejas.

Bluestone Health Association tiene cobertura de mala praxis bajo la Ley Federal de Reclamaciones por Responsabilidad Civil (FTCA) a través del Gobierno Federal



Centro de Salud Bluestone
Centro Médico Prudich
Bluestone Atención Primaria
Clínica de Salud Bluestone

Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Bluestone
Bluestone Dental
Bluestone Pinnacle Atención Primaria

RECEPCIÓN DE NOTIFICACIONES DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECIBO ESCRITO

YO, _____, HE RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD DE BLUESTONE HEALTH ASSOCIATION, INC.

Firma del paciente

Fecha

Permiso para hablar de información médica

Fecha: _____

Yo, _____, doy permisos para que los proveedores de Bluestone Health Association, Inc. puedan hablar sobre mi atención médica con:

Nombre:

_____ D.O.B _____

Relación: _____ Contact Número: _____

Nombre:

_____ D.O.B _____

Relación: _____ Contact Número: _____

Nombre:

_____ D.O.B _____

Bluestone



Health Association, Inc.

Centro de Salud Bluestone
Centro Médico Prudich
Bluestone Atención Primaria
Clínica de Salud Bluestone

Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Bluestone
Bluestone Dental
Bluestone Pinnacle Atención Primaria

Relación: _____ Contact Número: _____

Centro de Salud Bluestone
Centro Médico Prudich
Bluestone Atención Primaria
Clínica de Salud Bluestone

Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Bluestone
Bluestone Dental
Bluestone Pinnacle Atención Primaria

CONSENTIMIENTO MÉDICO PARA TRATAR A UN MENOR

Yo, _____, padre/tutor legal de _____, nacido el ____ día de _____ del 20____, consiento y autorizo a las siguientes personas a traer a mi hijo a Bluestone Health Association, Inc. y recibir atención médica y dental.

Autorizo a los proveedores y al personal de la clínica a proporcionar exámenes médicos y dentales rutinarios, tratamientos, procedimientos diagnósticos, servicios preventivos y cuidados necesarios, incluyendo pero no limitado a:

- Evaluación médica y tratamiento
- Examen dental y tratamiento
- Procedimientos diagnósticos, incluyendo radiografías/radiografías
- Servicios preventivos y atención rutinaria
- Tratamiento de urgencia si el proveedor lo considera necesario

Entiendo que se harán todos los esfuerzos para contactarme en caso de una emergencia médica o dental que involucre a mi hijo.

Personas autorizadas

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Autorización de tratamiento de emergencia

En caso de que no se pueda localizarme, autorizo a los proveedores médicos y dentales del Bluestone Health Center a proporcionar tratamientos médicos o dentales de emergencia considerados necesarios para la salud y seguridad de mi hijo.

Responsabilidad financiera

Entiendo que sigo siendo responsable económicamente de cualquier servicio médico o dental prestado a mi hijo.

Periodo de autorización

Esta autorización es efectiva a partir de este ____ día de _____ 20 ____ y caduca el ____ día de _____ 20 _____. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por el padre/tutor legal por escrito.

Política de vacunación

Cualquier menor que reciba CUALQUIER vacuna debe ir acompañado por el padre o tutor legal. Si la clínica no dispone de la vacuna el día de la cita, firmando este consentimiento, el menor puede regresar a la clínica sin supervisión adulta para recibir la vacuna cuando esté disponible.

(Esto se aplica a los niños de 16 a 18 años que regresan sin un progenitor para recibir la vacuna.)

Teléfono del padre #: _____

Teléfono de la madre #: _____

Contacto de emergencia adicional: _____ Teléfono #: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____



Centro de Salud Bluestone	Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Prudich	Centro Médico Bluestone
Bluestone Atención Primaria	Bluestone Dental
Clínica de Salud Bluestone	Bluestone Pinnacle Atención Primaria

Consentimiento para recibir resultados de laboratorio por correo o buzón de voz

Por la presente doy permiso a Bluestone Health Association, Inc. para enviarme mis resultados de laboratorio a la siguiente dirección:

Dirección postal

También doy permiso a Bluestone Health Association, Inc. para dejar cualquier resultado confidencial de laboratorio en mi buzón de voz (____) _____ - _____.

Entiendo que es mi responsabilidad actualizar mi dirección y número de teléfono con la oficina anualmente o siempre que ocurra un cambio de dirección o número de teléfono.

Firma del paciente

Fecha

(VÁLIDO DESDE EL AÑO DESDE LA FECHA DE COMPLETACIÓN)

Centro de Salud Bluestone	Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Prudich	Centro Médico Bluestone
Bluestone Atención Primaria	Bluestone Dental
Clínica de Salud Bluestone	Bluestone Pinnacle Atención Primaria

¡Saludos! Hoy te entregamos esta carta para informarte de nuestro Programa de Escala de Tarifas Progresivas para que la lleves a tu primera cita.

CÓMO FUNCIONA LA DIAPOSITIVA:

Puedes ser elegible para la diapositiva tanto si tienes ***seguro como si no***. La diapositiva se basa en las directrices de pobreza establecidas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Hoy mismo adjuntamos una solicitud de diapositivas para su comodidad; por favor, rellene y devuélvenos la solicitud antes de su próxima cita, ***junto con prueba de ingresos y número de personas en su hogar***. Prueba de ingresos aceptada: formularios W-2, talones de cheque de los últimos 3 meses del empleador, carta de concesión de la Seguridad Social, beneficios para veteranos, o una carta del Departamento de Servicios Humanos, un amigo o familiar que indique que no tienes ingresos, con su nombre y número de teléfono para que podamos llamar y verificar. Por favor, infórtenos sobre su cónyuge para que su información pueda actualizarse al mismo tiempo que esta solicitud.

Si has recibido esto y ***no deseas participar*** en nuestro programa de diapositivas, **simplemente deja la solicitud en blanco y firma la carta de rechazo adjunta, devuélvela el próximo día de cita**. Sin embargo, ofrecemos esto a todos los pacientes y sabemos que para muchos es importante recibir este servicio con descuento para su atención sanitaria.

Agradecemos tu fe y apoyo continuos en nuestras instalaciones y nos esforzamos por hacer todo lo posible para ayudarte a mantener una vida sana y próspera.

Puedes enviarnos por correo electrónico o fax tu prueba de ingresos con antelación
¡Para ahorrar tiempo cuando entres!

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Bluestone



Health Association, Inc.

información necesaria para tramitar mis reclamaciones. Consiento voluntariamente el tratamiento médico por parte del personal clínico para mí o para el menor mencionado anteriormente. BENEFICIOS DE MEDICARE: Solicito que se pague los beneficios autorizados de Medicare a la BHA. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a facilitar a CMS y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por servicios relacionados.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Bluestone

Health Association, Inc.

Centro de Salud Bluestone Centro Médico Prudich Bluestone Atención Primaria Clínica de Salud Bluestone	Bluestone Medicina Familiar Centro Médico Bluestone Bluestone Dental Bluestone Pinnacle Atención Primaria
---	--

ESCALA DE TARIFAS AJUSTABLE: SITIO DE FORMULARIOS:

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Otros nombres:
Dirección de domicilio:	City:	Estado:	Zip:
Dirección postal:	City:	Estado:	Zip:
Número de teléfono fijo:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguridad Social:	¿Tienes seguro? Sí No
Estado civil: Soltero En una relación Casados Divorciados Viuda separada			

HOUSEHOLD SIZE

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

NOTA: Para cumplir con la normativa federal, para ofrecerle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario que hagamos algunas preguntas personales. Tus respuestas se guardarán en el archivo y en estricta confidencialidad. Debes verificar tus ingresos al menos cada año. Tu declaración anual de la renta, una copia de tu formulario W•2, los recibos de nómina del mes anterior, copias de tus cheques de la seguridad social u otros cheques que puedas recibir serán prueba suficiente. Tu ingreso anual y el tamaño de tu familia se utilizarán para calcular tu descuento.

INGRESOS DEL HOGAR

Nombre	Cantidad	Frecuencia	Círculo Uno	Empleador	
Tú		Semanal Mensual Anual			
Cónyuge		Semanal Mensual Anual			
Hijos		Semanal Mensual Anual			
Otros		Semanal Mensual Anual			
		Semanal Mensual Anual			
Total		Semanal Mensual Anual			
Otros ingresos	Tú	Cónyuge	Hijos	Otros	Subtotal
Seguridad Social					
Asistencia Pública					
Pensión de jubilación					
Cupones de alimentos					

Escala de tarifas progresivas:

- A - \$10.00
- B - \$15.00
- C - \$25.00
- D - \$35.00
- E - \$45.00

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa y falsificada, y/o admisión, puede descalificarme para considerar más en el programa de tarifas ajustables y me someteré a sanciones bajo las leyes federales que pueden incluir multas y prisión. Además, acepto informar a Bluestone Health Association, Inc. si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifa ajustable bajo esta solicitud, cumpliré con todas las normas y regulaciones de Bluestone Health Association, Inc. Por la presente reconozco que he leído la revelación anterior y la entiendo.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Bluestone



Health Association, Inc.

Centro de Salud Bluestone
Centro Médico Prudich
Bluestone Atención Primaria
Clínica de Salud Bluestone

Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Bluestone
Bluestone Dental
Bluestone Pinnacle Atención Primaria

Fax:

Un saludo cordial,

Bluestone Health Association, Inc.

Centro de Salud Bluestone
Centro Médico Prudich
Bluestone Atención Primaria
Clínica de Salud Bluestone

Bluestone Medicina Familiar
Centro Médico Bluestone
Bluestone Dental
Bluestone Pinnacle Atención Primaria

CUESTIONARIO DE GÉNERO

¿Te consideras así:

- Lesbiana, Gay u Homosexual
- Heterosexual o heterosexual
- Bisexual
- Otra cosa, por favor describe _____
- No lo sé

¿Cuál es tu identidad de género actual?

Revisa TODO lo que se aplica

- Masculino
- Femenino
- De mujer a hombre (FTM)/Hombre transgénero/Hombre trans
- Masculino a Mujer (MTF)/Femenino de género tan/Mujer morena
- Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino
- Categoría adicional de género (u otra), por favor especifíquense _____
- Rechazo responder, por favor explícame por qué _____

¿Qué sexo te asignaron al nacer en tu certificado de nacimiento original?

(Marca uno)

- Masculino
- Femenino
- Rechazo responder, por favor explícame por qué _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

<p>1. ¿Con qué frecuencia bebes algo? ¿Contiene alcohol? (0) Nunca (Saltar a las preguntas 9-10) (1) Mensual o menos (2) De 2 a 4 veces al mes (3) 2 o 3 veces por semana (4) 4 o más veces por semana</p> <input data-bbox="690 394 803 489" type="text"/>	<p>6. ¿Cuántas veces durante el último año has necesitado una primera copa por la mañana para ponerte en marcha después de una sesión de beber intensamente? (0) Nunca (1) Menos que mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) Diaria o casi diaria</p> <input data-bbox="1312 430 1425 525" type="text"/>
<p>2. ¿Cuántas bebidas con alcohol tomas en un día típico cuando bebes? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o más</p> <input data-bbox="690 699 803 793" type="text"/>	<p>7. ¿Con qué frecuencia durante el último año has sentido culpa o remordimiento tras beber? (0) Nunca (1) Menos que mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="1312 699 1425 793" type="text"/>
<p>3. ¿Con qué frecuencia tomas seis o más copas en una sola ocasión? (0) Nunca (1) Menos que mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="690 982 803 1077" type="text"/> <p>Salta a las preguntas 9-10 si la puntuación total de las preguntas 2-3=0.</p>	<p>8. ¿Cuántas veces durante el último año no has podido recordar qué pasó la noche anterior porque habías estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos que mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="1312 1050 1425 1144" type="text"/>
<p>4. ¿Con qué frecuencia durante el último año has notado que no pudiste dejar de beber una vez empezaste? (0) Nunca (1) Menos que mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="690 1388 803 1482" type="text"/>	<p>9. ¿Tú o alguien más ha resultado herido por el alcohol? (0) NO (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año</p> <input data-bbox="1312 1388 1425 1482" type="text"/>
<p>5. ¿Cuántas veces durante el último año has fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de ti por el alcohol? (0) Nunca (1) Menos que mensual (2) Mensual (3) Semanal (4) A diario o casi a diario</p> <input data-bbox="690 1703 803 1797" type="text"/>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional sanitario se ha preocupado por tu consumo de alcohol o te ha sugerido que reduzcas el consumo? (0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año</p> <input data-bbox="1312 1696 1425 1791" type="text"/>

(Form Name in English: Patient Registration Form)

TOTAL RÉCORD AQUÍ: