



Salud primera: Centro comunitario de salud (*formulario de adultos*) E  
Para ayudar a la verificación en proceso, por favor complete toda la información.

A PARTE

I. Información para el paciente

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Segundo nombre*  
¿Qué nombre quieres ir? \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_ Preferred: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Círculo de género en el nacimiento: M / F SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identificación de género (por favor elija uno):  Hombre  mujer  transgénero-hombre-mujer  
 Transexual mujer a hombre  otros  eligen no a revelar

Orientación sexual (por favor elija uno):  Lesbianas  Gay  Straight (no lesbiana o Gay)  bisexuales  
 Otra cosa  no saben  optar por no divulgar

Estado civil:  Casado  divorciado  separado  solo  viuda / viudo  desconocido

Educación:(elegir la educación de más alto nivel completada)  ninguno  grado 1-6  7-8 grados  algo de preparatoria  
 Diploma de escuela secundaria  GED  algo de Universidad  licenciatura grado maestría o superior

Raza:  
 Nativo americano o de Alaska nativo  asiático  negro/africano Americano  nativo hawaiano  blanco otros

Origen étnico:  Hispanic / Latino  no Hispano / Latino no  otros: \_\_\_\_

Dirección: código postal de \_\_\_\_: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular de(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ preferido de comunicación:  Teléfono correo  electrónico de texto

Recomendado: teléfono de contacto:  Trabajo  hogar  celular

Idioma preferido:  Intérprete  Inglés  Español  Otra \_\_\_\_\_ (necesitada \_\_\_\_\_)

Situación de la vida:  Sin hogar  no sin hogar  transitorio  duplicando  en la calle otros  desconocido

Trabajador agrícola:  Migrante  estacional  no es un trabajador agrícola

¿Es usted un veterano de los Estados Unidos?  Sí  No

Que es / era su último médico de atención primaria?

\_\_\_\_\_  
Razón de transferencia de cuidado (si la transferencia): \_\_\_\_\_

¿Cómo se fueron referidos a salud primero? \_\_\_\_\_

Por favor, complete la parte posterior de esta página.

## II. EN CASO DE EMERGENCIA

Póngase en contacto con (nombre): Phone(s): \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## III. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Seguro primario: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ #deteléfono \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del suscriptor (si es diferente de la paciente):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## IV. INFORMACIÓN PARTIDO RESPONSABLE

Empleo:  Tiempo completo  tiempo parcial  desempleado  estudiante de tiempo  complete jubilados  
 Activo military  desconocido

Nombre responsable de la fiesta: \_\_\_\_\_ Employer nombre: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Employer teléfono: \_\_\_\_\_

¿Están buscando tratamiento relacionado con una lesión de compensación laboral o accidente de Auto?  No  
 Si?

## V. INFORMACIÓN DE INGRESO

**Nota:** Como un gobierno federal de salud centro (FQHC), proporcionamos desplazamiento escalas de cescuento que pueden ayudarle con sus gastos de salud. Para ayudar a determinar si usted puede calificar, por favor, conteste a continuación. se si está interesado, por favor proceda a sección VI.

¿Cuál es su ingreso anual? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas vivan en su casa? \_\_\_\_

Sin ingresos  menos de 24.999  25, 000 a 39.999  40.000 a 59.999  60.000 a 99.999  100.000 o más

**Si te interesa conocer más sobre nuestro programa de escala de cescuento, por favor llene el proximo Deslizar el documento del programa escala de tasa de descuento que aparece en la página siguiente.**  
\_\_\_\_\_



## Programa escala

Un programa de **escala móvil** de descuento está disponible para nuestros pacientes no asegurados y asegurados menores que pueden tener dificultad para pagar.

- Sí, estoy interesado en información sobre el programa de escala.
  
- No, no estoy interesado en este momento en el programa de escala.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Una vez firmado el documento, por favor devuélvalo a la recepcionista.**

**Esta página es dejó intencionadamente en blanco.**

## **VI. Información requerida y Agradecimientos**

### **Liberación de registros médicos**

En caso de que mi médico / proveedor recomienda (y estoy de acuerdo) remisión a un especialista, un centro de atención de la salud exterior u otro fuera médico, autorizo a primera de salud para liberar mi expediente médico según sea necesario a la especialidad indicada médico, proveedor o el centro de salud de referencia para la continuidad de la atención.

Entiendo que esta versión no se aplica a mis registros de salud del comportamiento, estatus de VIH/SIDA, ni información de abuso de sustancia (drogas, alcohol, etc.), si existe. Si hay necesidad de la liberación de registros de salud mental, historia de abuso de sustancias o el estado de VIH/SIDA, avisaremos. Necesito completar otro formulario de liberación de información específicamente otorgando mi consentimiento para dicha versión, si estoy de acuerdo en la transferencia de registros.

También entiendo que si yo estoy se hace referencia a un especialista médico o proveedor, o a un centro de salud de especialidad, primera de salud hará la remisión a la entidad calificada de elección del paciente. Si el paciente preferido de entidad rechaza la remisión, no puede ver al paciente de manera oportuna o no está disponible, el equipo de referencia primera de salud buscará 'como especialistas' (es decir, médicos, proveedores o centros de salud especializados) para proporcionar una atención de la paciente.

Entiendo que esta versión de mi información médica es necesaria para facilitar una referencia (que es hecha por mi proveedor de salud primero y aceptada por mí) permanece en vigor a menos que anules por escrito a salud primero.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Date de firma (si es necesario) de la Representante Legal del paciente:** \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO para el tratamiento**

En la búsqueda de atención médica de salud primero, CHC, por este medio voluntariamente consiento a examen y tratamiento que se considere necesario por salud primero, CHC. Entiendo la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y tratamiento conllevan riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que los proveedores de salud primera no han hecho ninguna garantía me como resultado de examen o tratamiento.

**Firma de paciente / representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

¿Tienes una directiva anticipada?  sí  no

Si no, ¿quieres algo de información sobre las instrucciones anticipadas?  sí  no

***Por favor, complete la parte posterior de esta página.***

**Agradecimientos (por favor lea, marque las casillas y signo y fecha a continuación)**

1. **Cancelación de citas.** Estoy de acuerdo programar citas para mi tratamiento. Estoy de acuerdo que llame y cancele mi cita por lo menos 24 horas antes de la cita, si la cancelación es necesario. Entiendo que si tengo tres perdido o cancelación citas, puede ser descargado la práctica centro de salud.
2. **Ninguna llamada / No Show.** Entiendo que falta 3 citas dentro de 12 meses como un no de llamada/no mostrar **puede** causarme descargado de la práctica.
3. Entiendo que si tengo problemas de llegar a mi cita, puedo dejar salud primero saber con antelación y puedan **ayudarme con el transporte.**
4. **Aviso de prácticas de privacidad.** He recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad.
5. **Responsabilidad de pago.** Por y en consideración a servicios prestados o a ser prestados al paciente nombre, yo o nosotros o cualquiera de los dos prometemos por este medio pagar salud primer CHC la cantidad total de todos los cargos incurridos. Entiendo que CHC primera salud presentará seguros comerciales como cortesía. Salud permitirá primero 30 días para el seguro resolver los cargos pendientes. Después de los 30 días, los cargos restantes serán pagaderas por la persona financieramente responsable.
6. **Copagos, coaseguro y honorarios escala** vencen en el momento del servicio.

Firma de paciente / representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La firma (si es necesario) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE FINAL A**

***Por favor continúe a la siguiente sección, parte B.***

**PARTE B**

**VII. Su historial de salud**

- ¿Tiene debilitación de la vista?  sí  no
- ¿Tienes discapacidad auditiva?  sí  no
- ¿Tienes problemas con leerlo?  sí  no
- ¿Requieren tratamiento, medicamento para el dolor crónico?  sí  no
- ¿Alguna vez ha tenido un cateterismo cardíaco?  sí  no ¿Caso afirmativo, Cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido cualquier stent arterial colocado?  sí  no ¿Caso afirmativo, Cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna vez una colonoscopia?  sí  no ¿Caso afirmativo, Cuándo? \_\_\_\_\_

Por favor una lista de otros médicos o proveedores de atención médica que actualmente y por qué se les ve.

Médico / proveedor	Condición / Razon?

**VIII. Hábitos personales / Sociales historia:**

- ¿Usted ahora o alguna vez ha usado tabaco?  sí  no
  - En caso afirmativo,  hacer /  masticar le - humo  uso ambos?
  - ¿Si usted fuma o ha fumado, cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_
  - ¿Actualmente utiliza tabaco?  sí  no
    - ¿Si no, Cuándo lo hizo dejar el consumo de tabaco? \_\_\_\_\_
  - ¿Cuánto tiempo fumas? ¿\_\_\_ meses o años (círculo uno)?
  - ¿Cuánto tiempo usted dip/mastica? ¿\_\_\_ meses o años (círculo uno)?
- ¿Utiliza o ha utilizado usted E-cigs o Vaping?  sí  no
- ¿Has usado drogas recreativas / calle?  sí  no
  - En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Usted bebe regularmente alcohol?  sí  no
  - En caso afirmativo, ¿qué y cuánto?  Cerveza - número de botellas o latas por día \_\_\_\_\_
  - Vino - número de vasos por día \_\_\_\_\_  licor – número de onzas por day \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo, ¿ha tenido 6 o más bebidas alcohólicas durante una sesión de consumo el año pasado?  sí  no
- ¿Tiene una persona que vive con golpea usted o quein te lastima físicamente en el pasado?  sí  no
- ¿Ha cualquier persona verbalmente abusado?  sí  no
- ¿Te sientes seguro?  sí  no

**IX. Historial de inmunización:**

Vacunación	Fecha de la inmunización
Gripe	
Neumonía	
Tétanos / Tdap	
Hepatitis B	
Tejas/Varicela	

**X. Uno mismo y la historia de la familia: ¿Usted o algún miembro de la familia** tiene o ha tenido, alguna de las siguientes condiciones? (*abuelos, padres, tía, tío, hermano, hermana o*) *Comprobar las respuestas apropiadas, Y/N.*

Condición	Y	N	ME (si aplica)	Familia Mbr si se aplica	Condición	Y	N	ME (si aplica)	Familia Mbr si se aplica
Ataque al corazón					Migrañas				
Presión arterial alta					Convulsiones				
Insuficiencia cardíaca congestiva					Melanoma (cáncer de piel)				
Enfermedad cardíaca reumática					Cáncer de ovario				
Enfermedad cardíaca congénita					Cáncer de páncreas				
Cáncer de mama					Cualquier otro tipo de cáncer				
Cáncer de colon					Tuberculosis				
Colitis					Diabetes				
Enfermedad de Crohn					Bocio de la tiroides trastorno				
Pólipos en el colon					Trastornos de la coagulación de la sangre				
Hepatitis					Tendencia de la sangría				
Úlcera de estómago					Ansiedad o depresión				
Enfermedad del riñón					Suicidas				
Accidente cerebrovascular					Enfermedad mental				



Leucemia					Abuso de Alcohol o drogas				
----------	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--

**XI. LA SIGUIENTE SECCIÓN ES SÓLO PARA MUJERES:**

¿Está embarazada o podría ser?  sí  no fecha de último período menstrual: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una histerectomía?  sí  no ¿En caso afirmativo, cuando? \_\_\_\_\_

¿Tiene regularmente una prueba de Papanicolaou?  no  sí fecha de la última exam \_\_\_\_\_

¿Ha tenido un mamograma?  sí  no

¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿\_\_\_\_\_ Ha tenido un aborto espontáneo?  sí  no

¿Cuántos partos vaginales han tenido? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas cesáreas han tenido? \_\_\_\_\_

¿Cuántos nacimientos prematuros? \_\_\_\_\_ ¿Complicaciones de embarazo?  sí  no

Si sí, explique. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**XII. Lo que debemos saber.**

**LA SIGUIENTE PREGUNTA ES PARA TODOS:**

¿Hay algo que crees que necesitamos saber acerca de usted? Si es así, por favor díganos en el espacio de abajo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***¡Gracias por elegir salud primero!***

***Su salud es nuestra primera preocupación y***

***Estamos muy contentos que estés aquí.***



**Por favor proceda a la parte C.**

**Esta página está intencionada en blanco**

## PARTE C



### Paciente los derechos y responsabilidades

#### Nuestros pacientes / clientes tienen derecho a:

- **SERVICIO DE:** Servicio sin importar su raza, sexo, religión, edad, origen étnico, preferencias lingüísticas, educación, clase social, posición económica o discapacidad.
- **RESPECTO Y LA LIBERTAD DEL ABUSO:** Esperar que nuestro personal sea sensible a sus necesidades y sentimientos y ser tratados con respeto y dignidad.
- **PRIVACIDAD:** Consideración para su privacidad. El tratamiento es confidencial y debe siempre llevarse a cabo discretamente.
- **INFORMACIÓN:** Sabe su diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico y las consecuencias probables del tratamiento, así como posibles consecuencias si no se administra un tratamiento. Para saber cualquier otra información significativa que le permiten dar su consentimiento informado.
- **OPCIÓN:** Participar en la planificación de los servicios médicos que usted recibe y a consentir o rechazar el tratamiento.
- **CONFIDENCIALIDAD:** Confidencialidad en asuntos personales, relaciones interpersonales y escrito los registros médicos, junto con el acceso a los registros por escrito.
- **CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN:** Remisión a otros servicios, especialidades y agencias que sean necesarias para la salud y la continuidad de la atención.
- **DE sus registros médicos y,**
- **FACTURACIÓN:** Obtener, cuestionar, revisar y discutir una contabilidad completa de las cargas para su atención médica o de comportamiento independientemente de la fuente de pago.
- **RECOMENDACIONES:** Hacer recomendaciones constructivas para el mejoramiento de la política, comunicaciones o cambios en el servicio que le afectan como un consumidor de atención médica.
- **CONOCIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS:** Conocer las reglas y normas que se aplican a su conducta como paciente/cliente.
- **COMUNICACIÓN:** Tienen toda la comunicación en un idioma que entiendes claramente. Si es necesario, pueden tener servicios de interpretación.
- **QUEJAS:** Presentar una queja acerca de cuestiones relacionadas con el servicio o el tratamiento que reciben y a pedir asistencia en la presentación de una queja.
- **SUGERENCIAS Y FELICITACIONES:** Participar en la encuesta de satisfacción del paciente cada vez que nos visita. Puede llamar a (270-667-7017) si quieres discutir algún problema o queja que tenga sobre su experiencia con salud de primera. Así, puede utilizar esta misma línea dar un cumplido con respecto a cualquier excelencia de servicio experimentado en salud primero. Si lo prefiere, un miembro del personal le ayudará a llegar a un gestor.

## **Nuestros pacientes / clientes tienen la responsabilidad de:**

- Llegar a tiempo a citas.
- Proporcionar por lo menos veinticuatro 24 horas de aviso de cancelación de la cita.
- Participar en el desarrollo de planes de tratamiento de mutuo acuerdo y siga esos planes.
- Preguntas sobre problemas específicos o solicitar información cuando no entienden su enfermedad, diagnóstico, medicamento o tratamiento.
- Proporcionar información médica precisa y completa a los proveedores de salud / médicos.
- Mostrar respeto y consideración de otros pacientes, personal, salud CHC primera propiedad y de otros pacientes o visitantes.
- Nos dicen si un miembro de nuestro equipo dio un servicio excelente.
- Háganos saber si usted no está satisfecho con nuestro servicio.
- Cumplir con los contratos firmados del paciente.
- Siga todas las directrices de la compañía de seguros acerca de cómo acceder a los servicios.
- Asumir la responsabilidad financiera para el pago de todos los cargos incluyendo:
  - Para traer su tarjeta del seguro, si está asegurado, cada vez que viene a primero de salud por servicios.
  - Pagar los copagos y deducibles en el momento de su visita, si está asegurado.
  - A pagar en el momento de su visita por los servicios prestados si no tienen seguro médico.
  - Traer documentación de elegibilidad para el descuento en tiempo y forma, si usted está seguro.
  - Traer documentación de elegibilidad para Medicaid en tiempo y forma, si se solicita por primera de salud.
  - En contacto con el Departamento de facturación inmediatamente para hacer arreglos de pago si usted no puede pagar.

## Aviso de prácticas de privacidad

Salud primera CHC valora la privacidad de su información de salud. Este aviso de prácticas de privacidad describe ejemplos de cómo podemos usar y dar a conocer ("revelar") su información de salud personal. Esta no es una lista completa.

**Nuestros deberes.** Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este aviso para decirles cómo podemos divulgar su información médica personal. Estamos obligados a acatar los términos de este aviso. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. Cualquier nueva notificación será efectiva para toda la información personal de salud que mantenemos en ese momento.

**¿Qué tipo de información de salud personal recolectamos?** La información personal que recopilamos puede incluir su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, historial de salud médica y mental, fuentes de pago, los nombres de sus cuidadores (médicos, etc.) y cómo comunicarse con su familia y otras personas involucradas en su cuidado.

**¿Cuándo podemos usar o dar a conocer su información personal de salud sin su autorización?** Las siguientes categorías describen tales divulgaciones de información médica.

1. **Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.** Los siguientes son ejemplos de cómo podemos divulgar su información de salud personal para administrar el tratamiento, obtener pago y operar nuestro negocio y programas:
  - a. Podemos compartir información con otros proveedores de atención médica que participan en su cuidado como médicos, consultores y otros servicios a los que usted puede ser transferida.
  - b. Podemos compartir información con nuestros asociados de negocios que realizan servicios para nosotros (por ejemplo, facturación, servicios de auditoría). Si compartimos información con ellos, tenemos un contrato escrito que se obliga al socio para proteger la privacidad de su información médica personal.
  - c. Podemos divulgar su información para obtener el pago. Esto puede incluir compartir información con su seguro de salud ya que hace las decisiones de pago. Se puede verificar su cobertura y servicios por necesidad médica de revisión. También podemos divulgar su información a otro proveedor de atención médica para ayudarles a obtener el pago.
  - d. Podemos divulgar su información para operar nuestro negocio y programas. Por ejemplo, podemos utilizar su información de nuestros programas de calidad y seguridad. También podemos utilizarlo para entrenar a los estudiantes de medicina.
  - e. Podremos contactarlo acerca de su cita.
  - f. Podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera.
  - g. Nosotros podremos contactarlo para una donación.
  - h. Nos podemos en contacto con usted sobre las opciones de tratamiento, otros beneficios relacionados con la salud y otros productos y servicios que ofrecemos.
  - i. Podemos compartir su información con los representantes del fabricante. Por ejemplo, un asesor técnico en nuevos dispositivos puede estar presente durante la cirugía para responder preguntas del equipo de operación.

- j. Podemos recopilar datos para análisis. En muchos casos, sacamos información que pueda identificarle personalmente. En otros casos, utilizaremos sólo información limitada en la medida permitida por las leyes de privacidad para operaciones de atención médica, con fines de salud pública o de investigación.
2. **Requerido por la ley.** Podemos utilizar o divulgar su información de salud personal como exige la ley. El uso o la divulgación se hará en estricto cumplimiento con la ley.
  3. **Salud pública.** Nosotros podemos dar su información personal de salud para propósitos de salud pública. Por ejemplo: Divulgamos información limitada a la autoridad de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad. Por ejemplo, nos Contacta con el Departamento de salud cuando identificamos ciertas enfermedades, como la tuberculosis. Podemos dar su información personal y la Food Drug Administration (FDA) sobre un producto o actividad que se relaciona con su salud.
  4. **Enfermedades contagiosas.** Cuando lo permita la ley, podemos divulgar su información a las personas que han estado expuestas a una enfermedad transmisible.
  5. **Supervisión de la salud.** Podemos divulgar su información a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de salud, programas gubernamentales de beneficios u otros programas regulatorios del gobierno. Por ejemplo, podemos divulgar información a la agencia estatal que emite nuestra licencia de práctica.
  6. **Abuso o negligencia.** Podemos divulgar su información médica personal con una agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En este caso, la divulgación se hará coherente con los requisitos de leyes federales y leyes estatales.
  7. **Procedimientos judiciales.** Podemos divulgar su información personal de salud para procedimientos judiciales y administrativos, como respuesta a una citación o una orden judicial.
  8. **Aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información de salud personal para fines de aplicación de la ley, como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida, informes de ciertos tipos de heridas y reportando los crímenes que ocurren en nuestra propiedad.
  9. **Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos.** Divulguemos su información a un médico forense o médico forense a fin de que sus funciones legales como hacer identificación y determinar la causa de la muerte. Divulguemos su información a directores de funerarias que les permita llevar a cabo sus funciones. También estamos obligados a divulgar su información para donación de órganos. Usted o su familia debe aprobar donaciones de órganos.
  10. **Investigación.** Podemos divulgar su información personal de salud para estudios de investigación que cumplan con los requisitos de la ley de privacidad como investigaciones relacionadas con la prevención de la enfermedad o la discapacidad.
  11. **Actividad criminal.** Podemos divulgar su información si creemos que es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o seguridad. También podemos divulgar información personal de salud si es necesario que las autoridades policiales identificar o aprehender a un individuo.
  12. **Actividad militar y seguridad nacional.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas de Estados Unidos, podemos divulgar tu información según lo requerido por las autoridades de comando militar. Podemos divulgar su información de salud personal para los funcionarios federales para llevar a cabo la seguridad nacional y actividades de inteligencia, para proteger al Presidente o a otras personas especificadas o para llevar a cabo investigaciones especiales. Revelamos información a los efectos de una determinación por el Departamento de asuntos de veteranos de su elegibilidad para beneficios.
  13. **Compensación de trabajadores.** Puede que divulguemos su información personal de salud bajo las leyes de compensación al trabajador y otros programas similares.
  14. **Internos.** Si usted está bajo custodia, podemos divulgar su información de salud personal a la institución correccional o al oficial de la ley que mantiene bajo su custodia.
  15. **Su autorización se requiere para otros usos y divulgaciones.** Usted debe dar su autorización por escrito antes de que divulguemos su información de salud personal para otros usos. Usted puede revocar una autorización en

cualquier momento poniéndose en contacto salud primera. Revocación no se aplica a cualquier acción que hemos adoptado al amparo de la autorización.

**Usted tiene la oportunidad de estar de acuerdo o de objetos.** Usted tiene la oportunidad de estar de acuerdo o de objetar el uso o la divulgación de todo o parte de su información de salud personal como se describe a continuación.

1. **Otras personas involucradas en su atención médica.** A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información a un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que se identifica. También podemos dar su información cuando parece, dadas las circunstancias, estar en su mejor interés para hacerlo.
2. **Relevación del desastre.** Podemos divulgar información limitada a una entidad autorizada para ayudar en esfuerzos de ayuda si no podemos contactarlo.
3. **Usted tiene el derecho a acceder a su información.** Puede ver y recibir una copia de su información personal de salud. En algunos casos, podemos denegar su solicitud. Cuando sea requerido por ley, le daremos una oportunidad de tener nuestra negación revisado.

Bajo ley federal, no puede inspeccionar o copiar ciertos documentos tales como notas de psicoterapia. Póngase en contacto con nuestro oficial de cumplimiento si usted tiene preguntas acerca del acceso a su expediente médico.

4. **Usted tiene el derecho a limitar lo que usamos y revelamos.** Usted puede pedirnos que limitar cómo usamos y revelamos su información médica para tratamiento, para obtener el pago, para operar nuestro negocio y programas y para comunicarse con su familia, amigos y otros que han identificado. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién quiere la restricción a aplicar. **No estamos obligados a aceptar esa solicitud.**

Si CHC primera salud aceptar la restricción solicitada, no podemos utilizar o divulgar su información personal de salud en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia. Con esto en mente, por favor consulte cualquier restricción que desea solicitar con el Departamento de registros médicos o el oficial de cumplimiento.

5. **Usted tiene el derecho a las comunicaciones confidenciales.** Nos adaptaremos a las solicitudes razonables. Sin embargo, podemos requerir que nos cuentes cómo va manejar pago y dar detalles acerca de dónde y cómo comunicarse con usted. No le pediremos a por qué haces esta petición. Por favor hacer esta solicitud por escrito a nuestro oficial de cumplimiento o Gerente de la clínica.
6. **Usted tiene el derecho a modificar su información de salud personal.** Usted puede pedir que nosotros enmendemos su información de salud personal. Podemos negar su petición. Si denegamos su solicitud, usted puede apelar la denegación por escrito. Responderemos a su apelación por escrito. Por favor, póngase en contacto con el Departamento de registros médicos o nuestro oficial de cumplimiento.
7. **Usted tiene el derecho a una lista de divulgaciones.** Usted tiene el derecho a recibir una lista de los que recibieron su información de salud personal de nosotros durante los seis años antes de su solicitud. No tenemos que incluir lo que nos reveló:
  - a. Antes de 01 de marzo de 2010
  - b. Para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica
  - c. A las personas involucradas en su cuidado
  - d. Para fines de seguridad o inteligencia nacionales
  - e. A las prisiones o cárceles, si usted es un recluso
  - f. A usted o a alguien ha pedido formalmente habla por tí, como un poder de representación médica documentada, o brezo cuidado sustituto
  - g. A quienes obtienen esta información con su aprobación

## Informar de un problema

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, usted puede dejarnos saber poniéndose en contacto:

- El representante del paciente de salud primera CHC en **(270) 667-7017**.
- El oficial de seguridad y cumplimiento de normas de salud primera CHC en **(270) 667-7017**, o
- Por correo electrónico a **Healthfirstcares@hfchc.net**

Salud en primer lugar da la bienvenida a sus comentarios e inquietudes. No talionaremos contra quien hace una queja.

## Información adicional

Podemos recopilar información que se describe arriba. Podemos usar y divulgar su información de cualquier manera que sea consistente con los conceptos descritos en este aviso o permitido por las leyes de privacidad.

Para obtener información adicional acerca de nuestras políticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro responsable de seguridad y cumplimiento de normas,

John Hibbs gratuito en **(877) 667-7017** o por correo electrónico a **Healthfirstcares@hfchc.net**.

Este aviso fue publicado y en vigor en 01 de marzo de 2010. Última actualización el 23 de junio de 2017.

## Atención al paciente y cuestiones de seguridad

Individuos son incentivados a contactar CHC primera de salud sin costo en **(877) 667-7017** o por correo electrónico a **Healthfirstcares@hfchc.net**, con respecto a la atención del paciente o problemas de seguridad que parecen no haber sido tratado.

Para paciente denuncia y presentación de informes de quejas, comuníquese con nuestro representante de paciente sin costo al **(877) 667-7017** a Informe quejas o agravios con respecto a su cuidado o un ser querido de cuidado.

Usted también puede reportar quejas o agravios al gabinete de salud Servicios Oficina del Inspector General en (270) 889-6052.

**Gracias por usar salud primera**





## LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE EL VIH Y SIDA

### **¿Qué es el SIDA?**

El SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, una enfermedad grave que hace que el cuerpo no puede combatir las infecciones. Una persona con SIDA es susceptible a ciertas infecciones y cánceres. Cuando una persona con SIDA no puede combatir las infecciones, esta persona llega a ser enferma. Finalmente, estas infecciones pueden matar a una persona con SIDA.

### **¿Qué causa el SIDA?**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Diagnóstico precoz de la infección por el VIH es importante. Si te han dicho que usted tiene VIH, debe recibir tratamiento médico oportuno. En muchos casos, el tratamiento temprano puede mejorar la capacidad de una persona para mantenerse saludable tanto como sea posible. Costo reducido o gratis anónimo y confidencial con la asesoría está disponible en cada departamento de salud local en Kentucky. Después de ser infectado con el VIH, toma entre 2 semanas y 6 meses antes de la prueba puede detectar anticuerpos contra el virus.

### **¿Cómo se propaga el virus?**

Contacto sexual (relación sexual oral, anal o vaginal) con una persona infectada cuando se intercambian sangre, fluido de la eyaculación previa, semen, fluidos rectales o las secreciones cervical vaginal.

Compartir jeringas, agujas, algodón, cocinas y otras drogas inyectables equipo con alguien que está infectado.

Recepción de sangre contaminada o productos sanguíneos (ahora muy poco probable porque la sangre usada en transfusiones ha sido probado para los anticuerpos del VIH desde marzo de 1985).

Una madre infectada pasa de VIH a su hijo nonato antes o durante el parto y a través de la lactancia materna.

Recibo de trasplante, tejidos/órganos o inseminación artificial de un donante infectado.

La aguja palillo u otras lesiones de objetos punzocortantes en un entorno de salud que a una persona infectada. Las infecciones a veces pueden prevenirse tomando profilaxis postexposición medicamentos antirretrovirales. Estricta adherencia a las precauciones universales es la mejor manera de prevenir la exposición.

### **No te VIH a través de contactos casuales tales como:**

Compartir alimentos, utensilios o placas

Tocar a alguien que está infectado con el VIH

Abrazar y estrechar las manos

Donar sangre o plasma (esto **nunca** ha sido un riesgo de contraer el VIH)

Uso de baños públicos

Ser picado por mosquitos u otros insectos

Usar camas de bronceado (siempre limpio antes y después de su uso)

### **¿Cómo puedo prevenir el VIH/SIDA?**

No compartir agujas u otra parafernalia de drogas.

No tienen relaciones sexuales con una pareja monógama que usted sabe no está infectada y que es no compartir agujas. Si usted decide tener relaciones sexuales con nadie más, use condones de látex (caucho), preservativo femenino o presas dentales y lubricantes base de agua cada vez que tenga sexo.

Educar a usted mismo y otros sobre la infección por VIH y el SIDA.

### **Embarazo y VIH/SIDA**

Madres pueden pasar el VIH a su bebés durante el embarazo, parto y el niño ingerir infectados la leche materna.

Sin tratamiento, aproximadamente el 25%, (1 de cada 4) de los bebés nacidos de mujeres infectada de VIH a contraer el VIH.

Tratamiento médico para las mujeres infectados por el VIH durante el embarazo, parto, puede reducir el riesgo del bebé para VIH de su madre a menos del 2% (menos de 2 de cada 100).

Una madre de infectados por el VIH debe a no bebe de mama alimenta a su recién nacido.

### **¿Qué es el sexo inseguro?**

Vaginal, anal o sexo oral sin usar un condón o un dique dental.

Compartir juguetes sexuales.

Contacto con infectados por el VIH, fluido de la eyaculación previa, semen, fluidos rectales o las secreciones cervical vaginal.

### **¿Qué es un sexo más seguro?**

Abstinencia (no tener relaciones sexuales de ningún tipo).

Relaciones sexuales solamente con una persona que no tiene VIH, no no practicar sexo inseguro o inyectarse.

Usando un condón masculino o femenino o dique de goma (para sexo oral).

### **Cómo usar un condón de látex:**

1. Use un nuevo condón de látex cada vez que tenga sexo.
2. Debe rodar el condón sobre el pene erecto (duro), pellizcando 1/2 pulgada en la punta del condón para sostener el líquido eyaculation(semen). Burbujas de aire deben ser alisadas.
3. Uso de lubricantes a base de agua como K-Y Jelly, incluyendo una gota o 2 dentro del condón, antes y durante el coito. **No utilice** lubricantes a base de aceite como vaselina, aceite mineral, aceite vegetal, Crisco o crema fría.
4. Después de eyacular, retirar el pene sosteniendo el condón en la base para que no resbale fuera.
5. Utiliza que el condón en una basura puede tirar y lávese las manos.

### **Recuerde: Usted no puede saber si alguien tiene el VIH solo por mirarla**

#### **¿Existe tratamiento si ya tengo SIDA?**

Después de ser infectado con el VIH, toma entre 2 semanas y 6 meses antes de las pruebas de anticuerpos pueden detectar VIH.

**¡Diagnóstico precoz de la infección por el VIH es importante!** Si usted tiene VIH, debe recibir tratamiento médico oportuno. En muchos casos, el tratamiento temprano puede mejorar la capacidad de una persona para mantenerse saludable tanto como sea posible. Su médico le ayudará a determinar el mejor tratamiento.

#### **Prueba para VIH:**

**Si usted nunca se ha probado para el VIH, usted debe ser evaluado al menos una vez.** Gratis anónimo y confidencial rápida anticuerpos pruebas y el asesoramiento están disponibles en cada departamento de salud de Kentucky. Centros para el Control y prevención de enfermedades (CDC) recomienda **que al menos una vez al año si haces cosas que pueden transmitir el VIH.** Estos incluyen:

Inyectarse drogas o esteroides con equipo de inyección utilizado

Tener relaciones sexuales con alguien que tiene VIH o cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS)

Tener más de una pareja sexual que ha tenido otras parejas sexuales desde su última prueba de VIH

Tener relaciones sexuales por dinero o drogas (prostitución-hombre o mujeres)

Tener relaciones sin protección sexo o relaciones sexuales con alguien que ha tenido relaciones sexuales sin protección

Tener relaciones sexuales con la inyección de drogas (s)

Después de haber tenido una transfusión de sangre entre 1978 y 1985

Las mujeres embarazadas o mujeres que deseen quedar embarazadas

**Esta agencia ofrece servicios de calidad a todos los pacientes, independientemente del estado serológico.**

#### **Si necesita más información, llame al:**

Programa de VIH/SIDA de Kentucky: 502-564-6539

La línea directa nacional de SIDA: 1-800-342-AIDS

Coordinador de VIH/SIDA de su departamento local de salud