



Información del paciente (presente su identificación con foto y tarjeta de seguro con esta documentación)									
Nombre Legal:Primero		Medio		Último		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Fecha de nacimiento: / /		Seguridad social #		Sexo del paciente según figura en el seguro/licencia de conducir/documento de identidad del estado <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer					
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudad		Estado	Código postal	
Teléfono móvil /Celular ( )		Teléfono de casa ( )		Dirección de correo electrónico					
La mejor manera de ponerse en contacto conmigo/dejar mensajes (marque todas las que correspondan):				<input type="checkbox"/> Teléfono/correo de voz		<input type="checkbox"/> Correo electrónico/Portal del paciente		<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	
Pronombre preferido <input type="checkbox"/> Pregunta desconocida <input type="checkbox"/> Él, Él, Su <input type="checkbox"/> Ella, Su <input type="checkbox"/> Ellos, Ellas, Su <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Rechazado									
¿Cómo describiría usted (paciente) su identidad de género?					Orientación sexual:				
<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hombre a Mujer (MTF)		<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay		<input type="checkbox"/> Algo más			
<input type="checkbox"/> Hombre		Transgénero Femenino		<input type="checkbox"/> Heterosexual (o hetero)		<input type="checkbox"/> Elijo no revelar			
<input type="checkbox"/> Mujer a Hombre (FTM)		<input type="checkbox"/> Elijo no revelar		<input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> No lo sé			
Transgénero Masculino		<input type="checkbox"/> Otros							
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Union Libre	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Otros		
Idioma Preferido	<input type="checkbox"/> Burmano	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Español		
	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Kanjobal	<input type="checkbox"/> Tigrina	<input type="checkbox"/> Sudanés	<input type="checkbox"/> Otros				
Condición de estudiante	<input type="checkbox"/> A tiempo completo	<input type="checkbox"/> A tiempo parcial	<input type="checkbox"/> No es un estudiante						
Persona responsable de la factura - Si es "uno mismo", déjelo en blanco									
Relación	<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> compañero de vida	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Otros				
Nombre Legal:Primero		Medio		Último		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudad		Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento: / /		Seguridad social #							
Información sobre seguros									
Situación De Vivienda	<input type="checkbox"/> Dobles	<input type="checkbox"/> Transitorio	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> Otros (sin hogar)	<input type="checkbox"/> Viviendas de apoyo permanente			
	<input type="checkbox"/> Tengo hogar								
Contacto en caso de emergencia/relaciones/role									
Nombre Legal:Primero		Medio		Ultimo		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudadity		Estado	Código postal	
Teléfono móvil /Celular ( )		Teléfono de casa ( )		Relación con el Paciente					
Condición de trabajador migrante									
<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> No es un trabajador agrícola	<input type="checkbox"/> Trabajador temporal							
Raza:	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático				
	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otros asiáticos	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano				
	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorroorro				
Etnia:	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Chicano	<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> Otros Hispanos				
	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Mexicoamericano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Español					
Veterano:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No							

## Consentimiento del menor para el tratamiento

Nombre completo del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Un médico, una enfermera o un auxiliar médico, un dentista, un higienista dental, una enfermera, un psiquiatra y un consejero de salud mental están disponibles, según el horario, para proporcionar atención sanitaria primaria, cuidados dentales, servicios psicosociales y consultas nutricionales.

Los servicios disponibles pueden incluir, entre otros:

- Exámenes físicos, evaluaciones de salud y/o detección de problemas
- de salud
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas
- Educación y promoción de la salud: se ofrecerán talleres de promoción y prevención de la salud.
- Inmunizaciones
- Promoción del bienestar, como dejar de fumar, nutrición o control del peso
- Atención a la salud reproductiva, incluidos exámenes ginecológicos, educación sobre ETS, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH/SIDA, asesoramiento/pruebas y servicios anticonceptivos
- Pruebas de laboratorio como cultivo de exudado faríngeo, hemograma completo, mononucleosis, etc.
- Servicios de asesoramiento en salud mental
- Examen y tratamiento dental
- Remisiones a otros organismos para servicios no prestados en el Centro de Salud Escolar.

### Al firmar a continuación, certifico y afirmo que:

El niño mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos por Promise Healthcare por sus proveedores. He sido informado y comprendo el alcance de los servicios que pueden prestarse. También entiendo que un padre, tutor legal o menor de edad que esté autorizado por la ley de Illinois a dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio(s) de atención sanitaria. También entiendo que, aunque se me recomienda estar presente para las citas, no es obligatorio y que, al firmar a continuación, estoy autorizando a Promise Healthcare a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Entiendo además que, según la ley de Illinois, un menor de más de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a determinados servicios sanitarios y no se requiere la presencia de los padres para dichos servicios.

Entiendo que, si mi hijo tiene 12 años o más y fuera a recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias de Promise Healthcare, él/ella/ellos pueden recibir hasta ocho sesiones de terapia sin mi consentimiento. Por ley, un menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias sin el consentimiento de sus padres.

**Este consentimiento será efectivo a partir de la fecha de la firma durante un año**, a menos que lo rescinda por escrito o en el momento en que el menor cumpla dieciocho (18) años o se emancipe de otro modo.

Nombre completo impreso del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Si/cuando yo no esté disponible, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acompañar a este niño a su(s) cita(s) si procede:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (12 años o más): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL (\*ONLY if verbal consent is obtained)

☐ Verbal consent obtained by phone. Parent/guardian was informed of the nature of services and gave permission for treatment. Two staff witnesses present.

• Name of Person Giving Consent: \_\_\_\_\_

• Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

• Date & Time of Consent: \_\_\_\_\_

Witness #1 (Printed Name & Title): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness #2 (Printed Name & Title): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## ¿Quién puede discutir su información médica?

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Acerca de este formulario:

- Este formulario permite a las personas indicadas a continuación disponer de información sobre su atención médica y/o pago, ya sea verbalmente en persona o por teléfono.
- Este formulario permite a Promise Healthcare informar a las personas indicadas a continuación (o a una organización de ayuda en caso de catástrofe) de su ubicación, estado de salud o fallecimiento.
- Este formulario **NO** sustituye al formulario de "Divulgación de información" que permite obtener copias de los historiales médicos.

☐ **No deseo** autorizar a Promise Healthcare a discutir mi información médica con nadie.

### ESTAS PERSONAS PUEDEN TENER MI INFORMACIÓN MÉDICA:

1. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
2. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
3. Nombre:		Relación con usted:	
N.º de teléfono		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

### TIPOS DE INFORMACIÓN APROBADOS:

<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Información de citas	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas
<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Tratamientos	<input type="checkbox"/> Servicios Dentales	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Al firmar, autorizo a Promise Healthcare a hablar sobre mi información médica (o la de mi dependiente) con la persona mencionada anteriormente. Entiendo que este formulario NO reemplaza la 'Divulgación de información' y no permite que las personas mencionadas anteriormente reciban copias de mi historia clínica.

Firma del paciente/padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de autorización HIPAA (Cont.)

### INFORMACIÓN MÉDICA SENSIBLE QUE DEBE DARSE A CONOCER (Inicial y fecha requeridas para cada ítem):

Entiendo que la información aprobada arriba puede contener información médica sensible que requiere mi consentimiento específico para poder ser discutida. Al poner mis iniciales en cada ítem, autorizo específicamente a Promise Healthcare a hablar sobre los siguientes temas delicados con las personas que figuran en este formulario:

- |  |                  |              |
|--|------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Salud mental/conductual                         | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas                         | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Genética  | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Reproductivo                            | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA / Enfermedades de Transmisión Sexual | Iniciales: _____ | Fecha: _____ |

**Nota:** La siguiente información médica de un paciente de 12 a 17 años (paciente menor de edad) está restringida de la siguiente manera:

El consumo de drogas/alcohol, la salud reproductiva, el SIDA/VIH, otras enfermedades de transmisión sexual, el control de la natalidad, las agresiones sexuales, así como cualquier información médica generada como resultado del consentimiento independiente y legalmente autorizado del paciente menor de edad para recibir tratamiento, requieren la firma del paciente menor de edad para ser tratados.

La información en materia de salud mental o discapacidades del desarrollo estará disponible tras la firma del paciente menor de edad, siempre que éste haya sido informado y no se oponga a su divulgación. De lo contrario, la ley de Illinois solo permite que los padres o tutores del paciente menor de edad dispongan de información limitada sobre salud mental o discapacidades del desarrollo.

**Si el paciente es menor de edad (12-17 años), Promise Healthcare exige que un adulto sea testigo de la firma.**

Firma del paciente/padre/tutor:	La fecha de hoy:
Firma del testigo:	La fecha de hoy:
Nombre del testigo (impreso):	N.º de teléfono del testigo:
Relación del testigo con el paciente:	

**Esta autorización será válida mientras el paciente siga siendo paciente de Promise Healthcare, a menos que el paciente designe una fecha de vencimiento o revoque la autorización por escrito. Si el paciente completa varias versiones de este formulario, todas las versiones anteriores de este formulario serán nulas y solo se aceptará el formulario más reciente con la fecha de firma más reciente. Si el paciente es menor de edad al momento de la firma, esta autorización se vence cuando el menor cumpla la mayoría de edad.**

Formulario revisado el 18/03/2024

**Confirmación de la "Notificación de prácticas en la privacidad"**

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de la "Notificación de prácticas en la privacidad".

Nombre del Paciente / Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Confirmación de la "Declaración de derechos del paciente"**

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de la "Declaración de derechos del paciente".

Nombre del Paciente / Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información de salud sobre usted, y cómo puede obtener acceso a dicha información. Por favor, revíselo cuidadosamente. Este aviso se aplica a todas las ubicaciones de Promise Healthcare.

### **Sus Derechos**

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### **Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Es posible que le pidamos que haga la solicitud por escrito.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

#### **Solicite la corrección de su expediente médico**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

#### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa o de su trabajo) o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### **Solicite limitar lo que usamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo y en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud con fines de pago u operaciones.
- Diremos “sí” a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

#### **Obtenga una lista de con quiénes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos un registro por año sin costo, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro dentro de un período de 12 meses.

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de manera oportuna.

### **Elija a alguien para que actúe en su nombre**

- Si ha otorgado a alguien un poder legal para decisiones médicas o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que dicha persona tenga la autoridad correspondiente y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presente una queja si considera que se han violado sus derechos**

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información que aparece en la última página de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### **Sus Opciones**

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos y seguiremos sus instrucciones. Usted tiene el derecho de decidir si compartimos información con su familia, amigos cercanos, otras personas involucradas en su atención o en una situación de ayuda en caso de desastre.

Si usted no puede indicarnos su preferencia —por ejemplo, si está inconsciente—, podemos compartir información si creemos que es en su mejor interés o cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito: con fines de mercadeo, la venta de su información o la mayoría de los intercambios de notas de salud mental.

#### **En el caso de recaudación de fondos:**

Podemos comunicarnos con usted para realizar actividades de recaudación de fondos, pero usted puede indicarnos que no desea que lo contactemos nuevamente.

#### **Otros Usos y Divulgaciones**

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Tratarle

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén atendiendo.

#### **Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión consulta con otro médico sobre su estado general de salud.**

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo:* Usamos información de salud sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

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

*Ejemplo:* Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

- Los ejemplos utilizados en este Aviso de Prácticas de Privacidad son solo ilustrativos y no pretenden ser una lista completa.

#### **¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud?**

- La ley nos permite o nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte:  
<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.
- Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad.

- Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tales como las siguientes: prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos del mercado, reportar reacciones adversas a medicamentos, reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, y prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

#### **Realizar investigaciones**

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

#### **Cumplir con la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si necesita verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

#### **Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información de salud con un forense, médico examinador o director funerario cuando una persona fallece.

#### **Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

#### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información de salud cuando sea requerido por una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

#### **HIPAA no reemplaza otras leyes que brindan mayores protecciones de privacidad**

Si la ley federal o estatal exige protecciones más estrictas, debemos cumplir con dichas leyes además de HIPAA. Ciertos tipos de información —como resultados de pruebas genéticas, expedientes de salud mental, resultados de pruebas de VIH/SIDA, registros educativos e información de programas de tratamiento de alcohol o abuso de sustancias financiados por el gobierno federal— tienen restricciones legales adicionales sobre cómo pueden usarse o divulgarse.

#### **Otros**

- Los registros relacionados con servicios de salud reproductiva están sujetos a protecciones de privacidad reforzadas conforme a la Regla Final de HIPAA. No divulgaremos dicha información sin su autorización explícita, a menos que la ley lo exija.
- **Los registros de tratamiento por Trastornos por Uso de Sustancias (SUD)** están protegidos bajo 42 CFR Parte 2. Estos registros no pueden divulgarse sin su consentimiento por escrito, excepto cuando la ley lo permita.
- **Los registros relacionados con servicios de salud reproductiva** están sujetos a protecciones de privacidad reforzadas conforme a la Regla Final de HIPAA. No divulgaremos dicha información sin su autorización explícita, a menos que la ley lo exija.
- **Usted puede solicitar restricciones adicionales** sobre las divulgaciones relacionadas con servicios de salud reproductiva y de SUD.
- **Cumpliremos con las protecciones reforzadas de HIPAA** para la información de salud reproductiva y con los requisitos de 42 CFR Parte 2 para los registros de SUD.

### **Nuestras Responsabilidades**

La ley nos exige proteger la privacidad y la seguridad de su información de salud, y le notificaremos de manera oportuna si ocurre una violación que pueda haberla comprometido. Debemos cumplir con los deberes y prácticas descritos en este aviso y proporcionarle una copia. No utilizaremos ni compartiremos su información más allá de lo descrito aquí, a menos que usted nos otorgue permiso por escrito, el cual puede revocar en cualquier momento notificándonoslo por escrito.

### **Cambios a los Términos de Este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y cualquier actualización se aplicará a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso revisado estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Si tiene preguntas o necesita más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Promise Healthcare al **217-600-7000 ext. 238**



# Carta de Derechos del Paciente

**En Promise Healthcare trabajamos contigo para superar tus expectativas. Respetamos tus derechos al acceso a la atención médica, la equidad y la seguridad, y tu privacidad es nuestra prioridad.**

**Sus derechos, sus responsabilidades y nuestros compromisos con tu se enumeran a continuación.**

## **Usted tiene derecho a:**

- Recibir una atención respetuosa independientemente de su sexo, edad, raza, religión, color, origen nacional, orientación sexual o cualquier otra característica personal, incluyendo su principal fuente de pago, situación del seguro o capacidad de pago.
- Recibir un tratamiento considerado que atienda sus necesidades emocionales, espirituales y culturales.
- Ser informado completamente sobre los servicios disponibles en Promise Healthcare, incluyendo la atención fuera de horario y de emergencia, así como las tarifas de todos los servicios.
- Tenga la certeza de contar con una continuidad razonable en la atención médica y de tener un proveedor que gestione su atención.
- Solicite una segunda opinión cuando lo considere necesario.
- Conozca los nombres y cargos de las personas involucradas en su atención médica mediante una identificación oficial o una presentación personal.
- Tener acceso a una variedad de proveedores y a información sobre sus opciones. Si no está satisfecho con la atención recibida, puede cambiar de proveedor siguiendo nuestro procedimiento. Solicite ayuda con asistentes de recepción.
- Usted tiene derecho a recibir información de manera que pueda comprenderla, incluyendo servicios de intérprete gratuitos, servicios de lengua de señas, ayuda para la comunicación para personas con discapacidad o asistencia como una silla de ruedas.
- Usted tiene derecho a comprender su información de salud y a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo dar su consentimiento informado antes de cualquier procedimiento, según lo exige la ley de Illinois.
- Estar al tanto de cualquier resultado imprevisto.
- Participe plenamente en el proceso de toma de decisiones sobre su atención médica. Puede incluir a sus padres, tutores, familiares, pareja de hecho u otras personas que usted elija.
- Rechazar un tratamiento recomendado, en la medida en que lo permita la ley, y ser informado de los riesgos asociados y las posibles consecuencias de rechazar el tratamiento.
- Tenga la seguridad de que su historial médico se mantendrá confidencial. Para obtener más información sobre su derecho a la privacidad, consulte sus declaraciones de HIPAA y el Aviso de Privacidad.
- Solicita y recibe una explicación de cualquier cargo realizado por Promise Healthcare, incluso si está cubierto por el seguro.
- Completar un documento de Directiva Anticipada para decisiones al final de la vida. Informe a su equipo de atención médica si desea obtener más información sobre las instrucciones de Directiva Anticipada.
- Expresar cualquier queja o inquietud a través de nuestra línea directa de Compliatric: 1-888-MY COMPLY.

## **Como parte de nuestro contrato con usted, nos comprometemos a:**

- Le brindarle un trato ético por parte de profesionales sanitarios atentos y cualificados.
- Proporcionarle servicios que están disponibles para usted cuando los necesite.
- Ofrecemos cobertura de emergencia y disponibilidad de proveedores las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando a nuestro número de oficina. Cuando la oficina esté cerrada, el proveedor podrá atenderle por teléfono.
- Siempre te tratará con honestidad y franqueza.
- Le proporcionaremos ayuda financiera según una escala de tarifas variables. Esta dependerá de sus ingresos.
- Le proporcionaremos una explicación confidencial y con detalle de su factura de servicios.
- Participar en medidas para garantizar siempre la seguridad del paciente.

## **Usted tiene la responsabilidad de:**

- Llegar puntualmente a sus citas programadas y avisarnos si va a llegar tarde. En caso de retraso, no podemos garantizarle su cita. Llámenos con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelarla o reprogramarla.
- Avísenos con al menos 48 horas de anticipación cuando usted o un miembro de su familia necesiten medicamentos o una receta.
- Siga todas las normas y reglamentos publicados en Promise Healthcare.
- Dirigirse y comportarse con respeto con el personal de Promise Healthcare y los demás pacientes.
- Respete la privacidad y la confidencialidad de los demás pacientes.
- Apague sus teléfonos móviles en las áreas clínicas.
- Facilítenos toda la información necesaria para que podamos mantener un archivo preciso sobre usted. Esto incluye informar sobre cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, estado de sus directivas anticipadas y, si fuera necesario, su situación financiera.
- Pague sus facturas al momento de recibir el servicio, incluyendo copagos y deducibles, o bien, acuerde un plan de pago si es necesario.
- Proporcione información honesta y completa sobre sus problemas de salud, su historial médico, los medicamentos que toma y cualquier cambio inesperado en su salud para que podamos brindarle la mejor atención posible.
- Facilítenos su historial médico si se lo solicitamos.
- Si no entiende alguna información o instrucción que le proporcionemos, haga preguntas.
- Desarrollar un plan de tratamiento con su equipo médico y seguirlo lo mejor que pueda. Sea sincero sobre lo que ha podido (o no) hacer durante las citas de seguimiento. Si no puede seguir el plan de tratamiento, haremos todo lo posible para ayudarlo a averiguar el motivo, modificar el plan o corregir el problema, si es posible.
- Supervisar a los niños bajo su cuidado en todo momento

**AVISO IMPORTANTE: Hacer declaraciones o amenazas de violencia, que sean ofensivas, intimidatorias o de acoso, podría resultar en su expulsión de Promise Healthcare. Si se le expulsa de una de nuestras oficinas, se le expulsará de todas las instalaciones de Promise.**