



Family Health Centers

OF SOUTHWEST FLORIDA, INC.

FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE - DENTAL

No. de Seguro Social:		Nombre del Paciente:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Identidad De Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Declina Responder <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre (Mujer A Hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer (Hombre A Mujer) <input type="checkbox"/> Género Neutral (Exclusivamente Ni Hombre Ni Mujer)			Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Declina Responder		
Fecha de nacimiento:			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente Separado				
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> América Ind. /Nat. Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái		<input type="checkbox"/> Las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro de Haití <input type="checkbox"/> Blanco de Haití <input type="checkbox"/> Más de una raza		Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No - Hispano		Idioma Preferido:	
				Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Empleador:	
Dirección:				Teléfono de la casa:			
Ciudad:		Estado:		Código postal:		Teléfono celular:	
Correo Electrónico			Teléfono del trabajo:			Método preferido de contacto:	
Fuente de Referencia: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Sin Cita <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido <input type="checkbox"/> Folleto/Correo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Promoción de Eventos							

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO

(POR FAVOR DE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

Compañía de Seguro:		Relación al Paciente:		# de Grupo:		# de Póliza:	
---------------------	--	-----------------------	--	-------------	--	--------------	--

CONTACTO DE EMERGENCIA

<input type="checkbox"/> Espos(a)		<input type="checkbox"/> Hijo(a)		<input type="checkbox"/> Padre/Madre		<input type="checkbox"/> Amigo		<input type="checkbox"/> Otro		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Nombre:			Segundo Nombre:			Apellido:					
Idioma Preferido:			Teléfono de Casa:			Teléfono de Celular:			Teléfono de Trabajo:		

PADRES/GUARDIAN DEL PACIENTE

<input type="checkbox"/> Padre/Madre		<input type="checkbox"/> Espos(a)		<input type="checkbox"/> Hijo(a)		<input type="checkbox"/> Amigo		<input type="checkbox"/> Otro		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Nombre:			Segundo Nombre:			Apellido:					
Idioma Preferido:			Teléfono de Casa:			Teléfono de Celular:			Teléfono de Trabajo:		

FARMACIA PREFERIDA

Farmacia:		Teléfono:		Fax:							
Dirección o Calle:				Ciudad:				Estado:		Código Postal:	



DECLARACION DE INGRESO

Family Health Centers of Southwest Florida, Inc. (FHCSWF) tiene la obligación de recopilar la información de los ingresos familiares. Si usted no tiene cobertura de seguro medico, su información financiera nos ayudará a determinar si su familia es elegible para tarifas de descuento una vez que se haya presentado la prueba. FHCSWF recibe apoyo de (HRSA) por lo que puede brindar calidad de servicios medicos para las personas sin medios para pagar. Estos fondos también permiten a nuestros centros ofrecer descuentos para asi reducir barreras para personas de bajos ingresos anuales.

Fuente de Ingreso	Cantidad	Semanal X52	Semanal X36 (for migrant use only)	Bi- Semanal X26	Mensual X12	Annual X1	OFFICE USE ONLY (SUB-TOTAL)
Ingreso/Salario Bruto (Fiador)							
Ingreso/Salario Bruto (Cónyuge)							
Seguro social (Fiador, Cónyuge, Niños)							
SSI (Seguro Social Suplementario/Incapacidad)							
Beneficios de Pensión, Retiro o Veteranos, Ect.							
Beneficios de Desempleo							
Incapacidad o Compensacion Del Trabajador							
Manutención, Pensión Alimenticia							
Otros Ingresos (Alquiler, Intereses, Dividendos, Ect.)							
Ingreso Total Anual del Hogar:							
Número Total del Nucleo Familiar:		* NUCLEO FAMILIAR INCLUYE EL FIADOR , CONYUGE, HIJOS O HIJATROS DE 18 AÑOS O MENOS E HIJOS INCAPACITADOS (NO HAY LIMITACIONES DE EDAD)					

Migrante/Estacional/Otra Determinación

Conteste las siguientes preguntas con relación al empleo de usted o el fiador en los últimos 24 meses:

	Si	No
1. Ha trabajado o trabaja en el campo, preparando el terreno, recojiendo frutas, vegetales, flores, caña de azúcar, ect.?		
2. Ha trabajado o trabaja en una empacadora o transportando algun producto en la pregunta # 1?		
3. Ha hecho o hace trabajo de jardinería o en el cultivo de árboles?		
4. Ha trabajado o trabaja en un granja de lombrices, barco de pesca de camarones, o de algún tipo de mariscos?		
5. Usted o el fiador se han mudadol condado/estado para hacer su trabajo en cualquier epoca del año?		
6. Usted o el fiador se mantiene en una dirección permanente para hacer su trabajo atravez del año?		
	Si	No
Es usted veterano?		
Está incapacitado?		
Estás sin hogar?		

Si no tiene hogar, ¿cuál es su situación de vida (un círculo)?

Transicional Sin Hogar en la calle Otro:
 Albergue Para Indigentes Comparte Hogar

Yo he sido informado/a y entiendo de que si no presento mi información financiera en mi próxima visita, yo no sere elegible para un descuento y sere responsable por el monto total de los servicios al momento de la visita.

Nombre (Letra de molde): _____

Fecha: _____

Firma: _____

Solamente Para Uso Oficial		
Printed Name	Signature	Date



FECHA DE HOY

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN

- Yo, el abajo firmante, doy el permiso para que a mí o a mi niño menor de edad se me pueda someter a todas las pruebas necesarias, exámenes, tratamientos, u otros procedimientos requeridos para diagnosticar y tratar la enfermedad(es) por el personal médico, dental, o administrativo de Family Health Centers of Southwest Florida, Inc. (FHCSWF).
- Entiendo que la práctica de medicina, cirugía, y odontología no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía como resultado de tratamientos o exámenes por el personal de FHCSWF.
- Doy mi consentimiento para que mi información médica y dental pueda ser compartida por FHCSWF y/o instituciones autorizadas o agencias que acepten al paciente para el cuidado médico, dental, o institucional, y consiento en la liberación de la información médica y dental al asegurador del paciente. Doy el permiso de compartir datos (médicos, dental, y personal) a agencias gubernamentales como pueda ser requerido de FHCSWF.
- Por este médico autorizo el pago a FHCSWF de beneficios adeudados a mí en mis cobros pendientes y/o BENEFICIOS MEDICOS MAYORES de otra manera pagaderos a mí, pero que no excedan los cobros regulares del centro médico de médico o dentista durante este periodo de tratamiento.
- Family Health Centers está afiliado con varias organizaciones educativas. Entiendo que será notificado por este personal que es un estudiante y tengo el derecho de negar a tenerlos involucrados en mi cuidado. También entiendo si van a participar en mi cuidado, un profesional de la salud empleado por Family Health Centers está supervisando todos los servicios y el cuidado que se proporciona.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PACIENTE DE FHCSWF Y RESPONSABILIDADES

- Reconozco que una copia de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente, un acuerdo mutuo entre FHCSWF y yo, ha sido hecho disponible para mí. Una copia está disponible bajo petición.

HIPAA – AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD FHCSWF

Reconozco que una copia del Aviso de Practicas de Privacidad, que explica el compromiso de FHCSWF para proteger mi información médica personal de acuerdo a la ley, ha sido hecho disponible para mí. Una copia está disponible bajo petición. Por este medio autorizo que mi información médica personal pueda ser compartida sin restricciones con las siguientes personas:

NOMBRE:		RELACIÓN (p.ej. Padre, Esposo/a, Hijo/a, Hermano/a, etc.)
1.	1.	
	2.	
	3.	

DIRECTIVAS DE ANTICIPACION – DERECHO DE DECIDIR – FINAL DE DECISIONES DE VIDA

Usted no puede remover la incertidumbre sobre sus futuras necesidades de asistencia médica, pero, teniendo una Directiva Anticipada, usted puede tener la paz mental de hacer sus deseos conocidos de antemano.

- ¿Tiene un Directiva/Testamento de Vida?*
 Tengo una Directiva/Testamento de Vida – Por favor haga una copia y FHCSWF la colocara en su Registro Medico.
 No tengo una Directiva/Testamento de Vida.
- ¿Tiene una Persona Designada Responsable por Su Cuidado Médico?*
 Tengo una Persona Designada responsable por mi cuidado médico que es _____ y puede ser contactado de esta manera _____.
 No tengo una Persona Designada Responsable por mi cuidado médico.
- ¿Tiene un Poder Legal Duradero?*
 Tengo una persona con Poder Legal Duradero designada quien es _____ y autorizo a tomar la decisión de Asistencia Médica por mí.
 No he designado una persona con Poder Legal Duradero para mis decisiones de Asistencia Médica.

Firma del Paciente/Persona Responsable/Fiador: _____ Fecha: _____



Historia Dental del Paciente

Razón de la visita de hoy:		
Fecha de la última visita médica:		
¿Ha tenido alguna enfermedad grave o operaciones, incluyendo lesiones en la cabeza, el cuello o la mandíbula? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, por favor describa:		
¿Tienes un historial de desmayos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si es así, ¿cuál fue la causa?		
¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Si es así, por favor anote todos:		
¿Su médico le ha dicho alguna vez que tome medicamentos para un soplo cardíaco antes de cualquier tratamiento dental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, indique:		
¿Tiene algún tipo de alergia a medicamentos o productos a base de látex? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, indique:		
¿Fuma o utiliza productos de tabaco? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Ha tenido algún sangrado anormal en anteriores procedimientos quirúrgicos de extracciones dentales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Ha tenido alguna herida(s) que cicatriza lentamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Estas embarazada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de parto(s): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Amamantando? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Ha tenido una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, que año: _____	
¿Eres VIH positivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tienes SIDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CD4+: _____		
Alguna vez ha sido diagnosticado(a) con cualquiera de los siguientes: Marca todo lo que aplique		
Enfermedad Autoinmune <input type="checkbox"/>	Ictericia o Hepatitis <input type="checkbox"/>	Fiebre Reumatica <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Sangre <input type="checkbox"/>	Enfermedad Muscular <input type="checkbox"/>	Enfermedad Renales <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Problemas Psiquiátricos o de Conducta <input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepatica <input type="checkbox"/>
Retrasos del Desarrollo <input type="checkbox"/>	Enfermedad Respiratoria <input type="checkbox"/>	Tumores o Crecimientos <input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea/Osteoporosis <input type="checkbox"/>	Enfermedad Venerea <input type="checkbox"/>
Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/>	Enfermedad cutánea (eczema, rosácea) <input type="checkbox"/>	Otros: _____
Presion Arterial Alta <input type="checkbox"/>	Enfermedad Gastrointestinal <input type="checkbox"/>	
¿Tiene usted historia o está siendo tratado por alguno de los siguientes? : Marca todo lo que aplique		
Valvula Cardíaca Artificial <input type="checkbox"/>	Anteriormente a sido diagnosticado con Endocarditis Infecciosa <input type="checkbox"/>	
Transplante <input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardíaca Congenita <input type="checkbox"/>	
Articulaciones Artificiales <input type="checkbox"/>	Marcapaso <input type="checkbox"/>	
Si la has marcado, por favor explique: _____		
¿Alguna vez ha estado o está recibiendo tratamiento para el cáncer con quimioterapia o radiación? (círculo uno o ambos)		
En caso afirmativo a quimioterapia: ¿Cuándo fue su último ciclo? _____	¿Cuándo es su próximo ciclo? _____	
¿Tiene actualmente un catéter (Infusport / Hickman Venoso)? _____		
En caso afirmativo a radiación, ¿Cuándo fue la última terapia recibida? _____		
Si está programado para terapia, ¿Cuándo va a empezar? _____		

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____



LISTADO DE OBLIGACIONES

FAMILY HEALTH CENTERS OF SOUTHWEST FLORIDA, INC, está muy contento de ser su proveedor de salud y servicios relacionados. Como nuestro paciente, usted tiene muchas "RESPONSABILIDADES" con que cumplir y que nos ayudarán a servirle más puntual y eficazmente. Este es un acuerdo mutuo establecido entre usted, nuestro paciente (padre o guardián de nuestro paciente) y nosotros, su personal médico profesional de Family Health Centers of Southwest Florida Inc. Este acuerdo se le llama LISTA DE RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE. Le damos una copia de este cuando comenzamos su cuidado con nosotros, como un reconocimiento de nuestro acuerdo mutuo. Otra copia será mantenida en su papeleta médica. Gracias por la oportunidad de servirle.

Como un Paciente de Centros Médicos de Familia usted es RESPONSABLE de :

1. Dar su información de salud exacta y completa acerca de enfermedades pasadas, hospitalización, medicamentos, alergias y otra información pertinente como sus proveedores de salud pasados.
2. Reportar cualquier cambio inesperado de su condición.
3. Participación en el desarrollo y las actualizaciones de su régimen de cuidado médico personal (o aquel de su niño/dependiente) y solicitando información adicional acerca de algún tema que usted no entienda.
4. Seguir su régimen de cuidado médico.
5. Sus acciones, si usted rechaza el tratamiento o no sigue las recomendaciones de Family Health Centers of Southwest Florida para su cuidado médico.
6. Asistiendo a todas las citas para cualquier servicio previsto en el Centro, también con médicos de referencia e incluso citas financieras, y de ser incapaz de asistir por cualquier razón notificara al Centro de su inhabilidad para hacerlo.
7. Proveer a Family Health Centers of Southwest Florida con su información financiera exacta y completa y pagara la cantidad que es requerida de acuerdo a su clasificación financiera.
8. Informar a Family Health Centers of Southwest Florida de cualquier cambio de nombre, dirección o número telefónico.
9. Asistir y mantener un ambiente limpio y seguro y respetar las reglas de Centro para cuidado del paciente y conducta.
10. Colaborar con su proveedor de salud para desarrollar un plan para manejo del dolor y asistirá en la evaluación de su grado de dolor y a asegurar que el eficaz alivio de su dolor sea parte importante de su tratamiento.
11. Tratar con cortesía y respeto a todo el personal de Family Health Centers of Southwest Florida.
12. No dejar a sus niños desatendidos o permitirles actuar en una manera que puede causar daño a ellos o a otros.



LISTA DE DERECHOS DEL PACIENTE

FAMILY HEALTH CENTERS OF SOUTHWEST FLORIDA, INC, está muy contento de ser su proveedor medico y servicios relacionados. Como nuestro paciente, usted tiene muchos "DERECHOS", los cuales nos ayudarán a servirle más pronta y eficazmente. Esta es una asociación mutua establecida entre usted, nuestro paciente (padre o guardián de nuestro paciente) y nosotros, su personal profesional de Family Health Centers of Southwest Florida. Este acuerdo es llamado la LISTA DE DERECHOS DEL PACIENTE. Le damos una copia de este cuando comenzamos su cuidado con nosotros, como un reconocimiento de nuestro acuerdo mutuo. Otra copia será mantenida en su papeleta médica. Gracias por la oportunidad de servirle.

Como un paciente de Centros Médicos de Familia usted tiene el DERECHO a:

1. Ser tratado con cortesía, respeto, consideración, dignidad, privacidad y confidencialidad; sin importar su raza, creencias, color, religión, sexo, origen nacional, preferencias sexuales, impedimento físico o edad; por todos quiénes le proporcionan calificado cuidado médico y otros servicios en Family Health Centers of Southwest Florida.
2. Recibir información acerca de los servicios disponibles de Family Health Centers incluyendo cualquier servicio de apoyo al paciente o servicios fuera de horario que tenemos disponible e información en cuanto al acceso a servicios de emergencia.
3. Pronta y razonable respuesta a sus preguntas y peticiones.
4. Escoger a su proveedor de cuidados médicos y saber quién es responsable de su cuidado mediante la identificación apropiada por nombre y título de cada uno que le proporciona la asistencia médica u otros servicios relacionados.
5. Recibir información de nuestras políticas y cobros para servicios incluyendo su elegibilidad para el reembolso por terceras partes, la aceptación de pacientes asignados por seguros privados, Medicaid y Medicare y otra asistencia financiera que nosotros conozcamos.
6. Recibir información completa y actualizada acerca de su diagnóstico, alternativas de tratamiento, riesgos, y pronóstico (como sea requerido revelar por obligación legal a su médico) en términos y lenguaje que usted puede entender razonablemente.
7. Rehusar tratamiento dentro de los límites de la ley.
8. Rehusar participar en investigación experimental.
9. Manifiestar problemas y/o sugerir cambios en los servicios y personal de cuidado de salud sin ser amenazado, sujetado, o discriminado en contra. Si sus problemas no pueden ser resueltos a través de la organización, usted es motivado por Family Health Centers of Southwest Florida a ponerse en contacto con la Asociación de Acreditación de Cuido de Salud Ambulatoria, Inc (AAAHC). Usted puede contactar la oficina de AAAHC de Control de Calidad para informar de cualquier preocupación o presentar quejas sobre Family Health Centers of Southwest Florida, ya sea llamando al 1-847-853-6060 o por correo electrónico info@aaaahc.org.
10. Participar en el desarrollo de su régimen de cuidado médico para satisfacer sus necesidades médicas personales, con asesoramientos/actualizaciones periódicas que serán discutidos con usted.
11. Recibir una cita de Family Health Centers of Southwest Florida con respecto a su necesidad de cuidado médico y/u otros servicios.
12. Recibir información completa y actualizada por Family Health Centers para usted ser capaz de dar el consentimiento informado antes del principio de cualquier tratamiento.
13. Revisar sus archivos clínicos al pedirlo, pero dentro de las políticas de Family Health Centers.
14. Recibir información en cuanto a la transferencia anticipada de su cuidado médico a otra institución de salud y/o terminación de servicios de cuidados médicos hacia usted.
15. Recibir información acerca de las consecuencias de rechazar el tratamiento o no cumplir con la terapia.
16. Recibir una cuenta detallada y la explicación de cobros.
17. Saber las reglas que se aplican a su conducta.
18. Evaluación apropiada y manejo de su dolor.
19. Rechazar la atencion de un profesional de la salud y solicitar que sea atendido por uno diferente si hay uno disponible.
20. Tener una Directiva Anticipadas en referencia a su tratamiento o designer a un Sustituto de Atencion de la Salud con expectativia que Family Health Centers le honre el intento de la Directiva Anticipada hasta el punto que sea permitido por la ey y las politicas las de Family Health Centers. Family Health Centers no honra ordenes de "No Resucitar".

DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE

EL AVISO SIGUIENTE DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR EXAMINE LA INFORMACIÓN CON CUIDADO.

(Fecha de vigencia: el 14 de abril de 2003)

- Su información médica protegida puede ser liberada a otros profesionales de salud dentro del personal de Family Health centers of Southwest Florida, otros proveedores de cuidados médicos por medio de referencias, y otras entidades cubiertas por estas provisiones de privacidad para proveerle con cuidado médico de calidad.
- Su información médica protegida puede ser liberada a su proveedor de seguros por el propósito de que Family Health Centers reciba pago por los servicios médicos que le hayan sido necesarios.
- Su información médica protegida puede ser compartida en conexión con las operaciones de cuidado médico de Family Health Centers para incluir evaluación interna de la calidad de servicios proporcionados a usted, y para permitir que agencias exteriores examinen, certifiquen o licencien los servicios de cuidado médico proporcionados a usted.
- Su información médica protegida puede ser compartida con oficiales de la fuerza pública o policías en el evento de una investigación en la cual usted es una víctima de abuso, un crimen o violencia doméstica.
- Su información médica protegida puede ser liberada a otros proveedores de cuidados médicos en el evento que usted necesite cuidados médicos de emergencia.
- Su información médica protegida puede ser compartida a una organización de salud pública u organización federal en caso de una enfermedad comunicable o reportar un dispositivo defectuoso o efectos indeseados a un producto biológico (alimento o medicamento).
- Su información médica protegida puede ser compartida sólo después de recibir autorización escrita por usted. Usted tiene el derecho de restringir la liberación de su información médica protegida. Sin embargo, Family Health Centers puede decidir rehusar su petición de restricción si esto está en el conflicto con proveerle con cuidado médico de calidad o en caso de una situación de emergencia.
- Usted puede revocar su permiso de liberar su información médica protegida en cualquier momento. Debe ser hecho por escrito y contener una fecha de vigencia y una lista de la información específica a ser protegida de compartir. Family Health Centers no está requerido a acceder a su petición.
- Usted puede ser contactado por Family Health Centers por mensaje telefónico o correo para recordarle de cualquier cita, opciones de tratamiento médico u otros servicios de salud que puedan ser de interés para usted.
- Usted puede ser contactado por Family Health Centers con el objetivo de procurar fondos para apoyar las operaciones de la organización.
- Usted tiene el derecho de comunicación confidencial sobre su estado de salud.
- Como parte del sistema de facturación de Family Health Centers, todos los miembros de su familia inmediata serán facturados bajo un número de cuenta maestro. Usted recibirá una declaración de facturación mensual por la familia entera ('Facturación de Familia'). Una cuenta separada para cada miembro de la familia puede ser establecida por el departamento de Registros de Family Health Centers of Southwest Florida mediante petición escrita del paciente.
- Usted tiene el derecho de examinar y fotocopiar parte/toda su información médica protegida. Family Health Centers tienen el derecho de cobrar honorarios razonables por fotocopiar tal información.
- Usted tiene el derecho de solicitar cambios en su información médica protegida. Su petición debe ser hecha por escrito y explicar por qué la información debería ser enmendada. Family Health Centers pueden negar el cambio solicitado y de ser así, proveerle de una explicación por escrito de las razones por cual su solicitud es denegada.
- Usted tiene el derecho de saber quién ha tenido acceso a su información médica protegida y para que propósito. Su petición de la revelación de quién ha tenido acceso su información médica protegida debe ser hecha por escrito al Oficial de Privacidad del Paciente que se incluye al final de este documento.
- Usted tiene el derecho de poseer una copia de este Aviso de Privacidad con una petición. Esta copia puede estar en forma de transmisión electrónica o en papel.



FECHA DE HOY

- Su información médica confidencial no puede ser liberada por ningún otro propósito que el que es identificado en este aviso.
- Family Health Centers es requerido por ley proteger la privacidad de sus pacientes. Mantendrá de manera confidencial cualquiera y toda la información médica del paciente y proveerá a pacientes con una lista de deberes o prácticas que protegen la información médica protegida.
- Family Health Centers cumplirá con los términos de este aviso, y se reserva el derecho de hacerle cambios a este aviso y continuar manteniendo la confidencialidad de toda la información médica. Los pacientes recibirán una copia de cualquier cambio en este aviso en su siguiente visita a Family Health Centers.
- Usted tiene el derecho de quejarse a Family Health Centers si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor envíe su queja por escrito.

Oficial de Privacidad del Paciente

FAMILY HEALTH CENTERS OF SOUTHWEST FLORIDA
P.O. Box 1357
Fort Myers, Florida 33902

- Todas las quejas serán investigadas. Ninguna cuestión personal será discutida por presentar una queja.
- Para información adicional sobre este Aviso de Privacidad, por favor póngase en contacto:

Oficial de Contacto de Privacidad de Family Health Centers of Southwest Florida

Teléfono: (239) 278-3600 / Fax: (239) 278-3203

- Este aviso es efectivo desde la fecha impresa en la parte superior de este documento. Esta fecha no debe ser anterior a la fecha en la cual el aviso es imprimido o publicado.

Family Health Centers of Southwest Florida, Inc es un centro de Salud Calificado Federalmente reconocidas por la Asociación de Acreditación de Cuidado de Salud Ambulatoria, Inc. (AAAHC)