



School Based Health Center

PATIENT REGISTRATION

Last Name/Apellido		First Name/Primer nombre		Middle Name/Segundo nombre	
Social Security Number/Número del Seguro Social		Birth Date/Fecha de nacimiento		Birth Sex/Sexo natal <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	
				Current Gender/Sexo actual <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	

Gender Identity/Identidad de género

<input type="checkbox"/> Additional Gender or Other/Género adicional u otro Please specify/Especifique	<input type="checkbox"/> Choose not to Disclose/Prefiere no decir <input type="checkbox"/> Female/Femenino <input type="checkbox"/> Female to Male/Femenino a masculino	<input type="checkbox"/> Gender Queer/Género queer <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Male to Female/Masculino a femenino
--	--	--

Sexual Orientation/Orientación sexual

<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Choose not to Disclose/Prefiere no decir <input type="checkbox"/> Don't Know/No sabe	<input type="checkbox"/> Lesbian, Gay Or Homosexual/ Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Straight or Heterosexual	<input type="checkbox"/> Something Else/Otra Please specify/Especifique
---	---	--

Preferred Pronoun/Pronombre Preferido

<input type="checkbox"/> Decline to answer/Se abstiene de responder <input type="checkbox"/> He, Him, His/Él, su	<input type="checkbox"/> She, Her, Hers/Ella, su <input type="checkbox"/> They, Them, Theirs	<input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Other/Otro
---	---	---

Mailing Address/Dirección postal			Home Address (if different)/Dirección de la casa (si es distinta)		
City/Ciudad	State/Estad	Zip/Código postal	City/Ciudad	State/Esta	Zip/Código postal

Marital Status/Estado civil:

<input type="checkbox"/> Single/Soltero(a) <input type="checkbox"/> Married/Casado(a)	<input type="checkbox"/> Partnered/Vive en pareja <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legally Separated/ Legalmente separado(a)
--	--	---

What is your preferred language? Please specify/Especifique
¿Qué es su idioma de preferencia?

Contact Information/Información de contacto

Patient Phone/Teléfono preferido <input type="checkbox"/> Home/casa <input type="checkbox"/> Cell/móvil <input type="checkbox"/> Day/de día	E-mail Address/Correo electrónico: _____
Parent/Guardian Phone/Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Home/casa <input type="checkbox"/> Cell/móvil <input type="checkbox"/> Day/de día	Preferred Contact/Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Phone Call to Cell <input type="checkbox"/> Home Phone <input type="checkbox"/> Email/Patient Portal <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Day Phone

Answering these questions may help HealthPoint obtain funding for services.
 Responder estas preguntas puede ayudar a HealthPoint a obtener fondos para los servicios.

Are you disabled or handicapped? Yes/Sí No
¿Es discapacitado o minusválido?

Are you an immigrant? Yes/Sí No
¿Es inmigrante?

Total number of people in your household (people who live in the same house and depend on the same income)
 Número total de personas en su hogar (personas que viven en la misma casa y dependen de los mismos ingresos) _____

Total number of children under 18 in your household
 Número total de niños menores de 18 que viven en su hogar _____

Which of the following best describes your household? ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su hogar?

<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Single Male Head of Household/Hombre soltero jefe de familia
<input type="checkbox"/> Single Female Head of Household/Mujer soltera jefa de familia	<input type="checkbox"/> Two-parent household/Hogar con dos padres

Are you currently serving in a branch of the military, including the National Guard and Reservists? Yes/Sí No
 ¿Sirve actualmente en una rama de las fuerzas armadas, incluida la Guardia Nacional y los reservistas?

Are you the family member of a current military member or veteran? Yes/Sí No
 ¿Es miembro de la familia de un militar actual o veterano?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes, child of/Sí, hijo de
<input type="checkbox"/> Yes, spouse or partner/Sí, cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/> Yes, other dependent relative/Sí, otro pariente dependiente

Are you a refugee? Yes/Sí No
¿Es refugiado?



Are you homeless or in a temporary shelter? ¿Está usted sin hogar o vive en un refugio temporal?		
<input type="checkbox"/> Doubling Up/Comparto habitación <input type="checkbox"/> Not homeless/Tengo hogar <input type="checkbox"/> Other/Otro	<input type="checkbox"/> Permanent Supportive Housing/ Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Public Housing/Vivienda pública	<input type="checkbox"/> Shelter/Refugio <input type="checkbox"/> Street/Calle <input type="checkbox"/> Transitional/De transición
At any point in the past 2 years, has seasonal or migrant farm work been your or your family's main source of income?		
¿En algún momento de los últimos 2 años, ha sido el trabajo agrícola estacional o migrante sido la principal fuente de ingresos suya o de su familia?		
<input type="checkbox"/> No farm work/No trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Yes, migrant farm work/Trabajador agrícola migratorio <input type="checkbox"/> Yes, seasonal farm work/Trabajador agrícola estacional		
Do you need an interpreter? ¿Necesita un intérprete?		
<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		
What is your race or biological family background? (Check all that apply)		
¿Cuál es su raza o los antecedentes de su familia biológica? (Marque todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native/ Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian/Asiático	<input type="checkbox"/> Black/African American/ Moreno/Afroamericano <input type="checkbox"/> Declined to specify/Se abstiene de especificar	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ Hawaiiano nativo <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander/Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> White/Blanco
Are you Hispanic or Hispanic-Latino(a)? ¿Es hispano o hispano-latino(a)?		
<input type="checkbox"/> Yes, Hispanic or Hispanic-Latino(a)/Sí, hispano o hispano-latino(a) <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Hispanic-Latino(a)/No es hispano ni hispano-latino(a)		
Have you ever been discharged from the uniformed services of the United States? ¿Alguna vez ha sido dado de baja de los servicios uniformados de los Estados Unidos?		
<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		
What is your Primary Medical Insurance? ¿Cuál es sus Seguro médico primario?		
<input type="checkbox"/> Provider One/DSHS <input type="checkbox"/> Self-Pay/A pago personal <input type="checkbox"/> Other/Otro <input type="checkbox"/> Private Insurance/Seguro privado		
What is your household's monthly gross income? ¿Cuáles son los ingresos mensuales brutos de su hogar?		
\$ _____ per month/al mes		

Student ID #/# de Identificación del estudiante	School/Escuela
--	-----------------------

Emergency Contact/Contacto de emergencia <i>Must be age 18 or older/Debe tener más de 18 años</i>	
Last Name/Apellido	First Name/Primer nombre
Phone Number/Teléfono	Relationship to Patient/Relación con el paciente

If patient is less than 18:/Si el paciente es menor de 18:			
Parent/Guardian's Last Name/Apellido del padre, madre o tutor		Parent/Guardian's First Name/Nombre del padre, madre o tutor	
Social Security Number/Número del Seguro Social	Birth Date/Fecha de nacimiento	Birth Sex/Sexo Natal <input type="checkbox"/> Male/masculino <input type="checkbox"/> Female/femenino	Relationship to Patient/Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Parent/Padre o madre <input type="checkbox"/> Guardian/Tutor legal <input type="checkbox"/> Other/Otro
Mailing Address/Dirección postal			
City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código postal	Phone/Teléfono
Medical Insurance Plan:	Policy #	Group #	

I authorize the release of any medical information necessary to process my claims and I authorize payment of medical benefits to the supplier for services described on the claim form/superbill.
 I acknowledge that my care at HealthPoint could include visits with both residents and students whose care will be overseen by attending provider or supervisor.
 I confirm that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Autorizo que se revele cualquier información médica que sea necesaria para procesar mis reclamaciones y autorizo el pago de prestaciones médicas al proveedor de los servicios descritos en el formulario de reclamación/superfactura (factura detallada). Entiendo que mi cuidado en HealthPoint puede incluir visitas con residentes y estudiantes que serán supervisados por un proveedor o supervisor. Confirmando que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Signature of patient or guardian /Firma del paciente o tutor	Date: /Fecha
--	------------------------

Centro de Salud HealthPoint Basado en la Escuela Consentimiento para Servicios de Salud

Los Centros de Salud HealthPoint Basados en la Escuela (SBHC), ubicados en campus propiedad de un distrito escolar, deben contar con el consentimiento firmado de un padre/madre o tutor legal antes de proporcionar servicios al estudiante, excepto en situaciones donde las leyes federales y/o estatales permiten que el estudiante tenga acceso a dicho tratamiento sin el consentimiento del padre/madre/tutor. Si el estudiante está inscrito en la escuela pero no está inscrito en el Centro de Salud del Campus, puede continuar recibiendo los servicios de la Enfermera Escolar. Por la presente solicito y autorizo que:

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:
Nombre Segundo nombre Apellido MM/DD/AAAA

puede recibir servicios de atención de salud del personal de HealthPoint. Los servicios pueden incluir, entre otros, atención médica de rutina, atención médica de naturopatía, asesoramiento de salud mental, examen físico para deportes, atención preventiva, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas, medicamentos, asesoramiento nutricional, vacunación, análisis de sangre, órdenes y administración de imágenes y evaluación dental. También se otorga consentimiento para la remisión de atención y, si es necesario, transporte de emergencia a otros médicos, profesionales del cuidado de la salud, hospitales, clínicas o agencias de atención de salud según lo considere necesario el personal de HealthPoint. Esta autorización no permite que se brinden servicios sin el consentimiento del estudiante, a menos que no puedan dar su consentimiento.

Además, se otorga el consentimiento:

Para divulgar una copia del examen físico para deportes o registro de vacunación al estudiante;

Para que los proveedores de SBHC administren medicamentos de venta libre (como ibuprofeno, acetaminofén (Tylenol), antiácidos, etc.) y medicamentos recetados;

Para divulgar el expediente académico de mi hijo del distrito escolar al SBHC. El expediente académico incluye, entre otros: el nombre del estudiante, nombre de la escuela, historial de asistencia, calificaciones y créditos obtenidos, próximas asignaciones, tareas faltantes, puntajes de exámenes, Plan de Educación Individual (IEP) y problemas disciplinarios documentados. Entiendo que el propósito de compartir estos expedientes es mantener informado al equipo de atención de salud sobre el programa y proceso académico de mi hijo. El personal de SBHC trabajará con la escuela, la familia y el estudiante para ayudar a que el estudiante tenga éxito en la escuela.

Para que el estudiante mencionado anteriormente reciba servicios médicos en cualquiera de los centros médicos de HealthPoint enumerados a continuación (con el fin de reducir la necesidad de inscribirse nuevamente si el niño desea usar un centro médico HealthPoint no basado en la escuela):

HealthPoint Auburn: (253) 735-0166	HealthPoint Federal Way: (253) 874-7634	HealthPoint SeaTac: (206) 277-7200
HealthPoint Bothell: (425) 486-0658	HealthPoint Redmond: (425)882-1697	HealthPoint Kent: (253) 852-2866
HealthPoint Renton: (425) 226-5536	HealthPoint Tukwila: (206) 439-3289	HealthPoint Midway: (206) 870-3590
HealthPoint Auburn North: (253) 351-3900	HealthPoint Tyee: (206) 277-7210	HealthPoint Evergreen: (206)835-2615
HealthPoint Renton High: (425) 424-6310	HealthPoint Cynthia A. Green: (206) 839-3540	

PADRE/MADRE/TUTOR, escriba sus iniciales para mostrar que ha recibido, comprende y brinda su consentimiento a cada uno de los siguientes:

Aviso de Prácticas de Privacidad: He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthPoint que describe cómo se puede utilizar y compartir la información de salud de mi hijo con otros proveedores de atención de salud y cómo puedo yo tener acceso a la información de mi hijo. Este Aviso se puede obtener aquí:

http://www.healthpointchc.org/content/files/NoticeofPrivacyPractices_Eng_8.5x11_2.21.18.pdf

http://www.healthpointchc.org/content/files/NoticeOfPrivacyPractices_SP_12-2013.pdf

Declaraciones de información sobre vacunas (VIS): Entiendo que el acceso electrónico a las declaraciones de información sobre vacunas se encuentra en <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>. Se alienta al padre/madre/tutor a revisar las declaraciones de VIS.

Expedientes de inmunizaciones/vacunas: Doy mi consentimiento a HealthPoint para que solicite y reciba los expedientes de vacunación de mi hijo de la enfermera escolar u otro personal escolar o del Registro de Vacunación del Estado de Washington.

Opcional: Doy mi consentimiento a HealthPoint y a su fotógrafo para que me fotografien o graben a mí y/o a mis hijos con fines de mercadotecnia para mostrar los beneficios de los SBHC. También otorgo a HealthPoint el derecho de usar y publicar las fotografías/videos de mí y/o de mis hijos.

Solo para estudiantes de escuela intermedia: Doy permiso para que mi estudiante salga del campus para asistir a las citas en el Centro de Salud Basado en la Escuela ubicado en el campus de la escuela secundaria vecina. Entiendo que se usará un sistema de pase y/o acompañante para asegurar su regreso a clase.

De acuerdo con la ley estatal y/o federal, cuando se proporciona consentimiento para la atención, la información de salud se mantiene confidencial. Hay algunas excepciones. Por ejemplo:

Cuando el paciente otorga el permiso por medio de una autorización de divulgación de información firmada.

Cuando el paciente indica riesgo de daño inminente a sí mismo u otros.

Cuando el paciente tiene un problema de salud potencialmente mortal y es menor de 18 años.

Cuando hay motivos para sospechar abuso o negligencia.

Ciertas enfermedades contagiosas deben ser reportadas a las autoridades de salud pública.

Firma del estudiante: Fecha:

Firma del padre/madre/tutor: Fecha:

Nombre y relación del tutor legalmente responsable (letra de molde):

Esta inscripción permanecerá en vigencia siempre que el inscrito sea un estudiante en el distrito escolar de Highline o Renton. El estudiante o tutor puede elegir retirar el consentimiento en cualquier momento. Por favor, póngase en contacto con el Coordinador de la Clínica para obtener más información.

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE

Los Centros de Salud HealthPoint Basados en la Escuela alientan a cada estudiante a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de atención de salud siempre que sea posible. Según la ley del estado de Washington, los jóvenes pueden tener acceso de manera independiente a la atención de salud reproductiva a cualquier edad sin el consentimiento del padre/madre/tutor. Además, a partir de los 13 años, los jóvenes pueden recibir de forma independiente servicios para dejar de consumir drogas y alcohol y asesoramiento de salud mental sin el consentimiento del padre/madre/tutor. A partir de los 14 años, los jóvenes pueden recibir pruebas y/o tratamientos para el VIH y las ITS de manera independiente. Debido a que los jóvenes pueden recibir esta atención de forma independiente, el consentimiento de ellos es legalmente requerido para la divulgación de información sobre el embarazo e infecciones de transmisión sexual. El consentimiento de los estudiantes de 13 años y mayores y el consentimiento del padre/madre/tutor para los estudiantes de 12 años y menores es legalmente requerido para la divulgación de información sobre alcohol y drogas o asesoramiento de salud mental.

www.healthpointchc.org

Cuestionario Para Pacientes Pediátricos

NOMBRE: _____

Fecha de Nac.: _____

¿NECESITA INTÉRPRETE?
 NO Sí, _____

a. Medicamentos/Alergias

Indica todas las **alergias** y **reacciones** que tienes: NINGUNA

Indica todos los medicamentos que tomas actualmente: NINGUNO

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	3.		
1.			4.		
2.			5.		

b. Historial Personal de Salud

¿Alguna vez has tenido o estás recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|------------------------------------|---|
| ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Hueso roto o dislocado | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Alergias a Comida | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Reflujo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Alergias Estacionales | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Lesión a la cabeza | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Anemia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Retraso del Aprendizaje/Desarrollo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Asma | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Autismo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Trastornos Hemorrágicos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Problemas de la Vista | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Infección de oídos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Ronquidos nocturnos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Concusión | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Prematuridad | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Problemas de la Vista | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Estreñimiento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | ¿Qué tan temprano? _____ | | Otro: _____ | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Ataque Epiléptico | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | | |
| Eczema | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Infección a los riñones/vías urinarias | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | | |

Cuando haces ejercicios, ¿tienes problemas con:

- Desmayos o sientes como que vas a desmayarte NO Sí
- Dolor o malestar al pecho NO Sí
- El corazón se salta latidos o late rápido NO Sí
- Sentirte mareado/a o con más falta de aliento que lo anticipado NO Sí
- Sentirte más cansado/a o con más falta de aliento que tus amistades NO Sí

¿Has tenido alguna operación:

- Para poner tubos en tus oídos NO Sí
- Para sacar tus amígdalas y/o adenoids NO Sí
- En tus dientes (cirugía dental) NO Sí
- Para sacar tu apéndice NO Sí
- Indica algún otro tipo de operación que hayas tenido: NO Sí
- _____

c. Solamente Para Niñas/Muchachas

¿Has tenido un periodo? NO Sí Si Sí, ¿a qué edad empezaste a tener tus periodos? _____

Por favor indica si tienes algún problema o preocupación sobre tus periodos: NINGUNO _____



d. Historial Familiar

¿Eres hijo/a adoptado/a? NO SÍ

¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez (Por favor dar información sólo de tus padres y hermanos biológicos).

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Sordera	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Muerte Súbita	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Asma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Diabetes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Anemia de Células Falciformes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Cáncer	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Estrabismo/Ojo Perezoso	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Coágulos Sanguíneos	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

1. ¿Ha muerto algún familiar o pariente de problemas cardíacos o de muerte desconocida o inesperada repentina antes de cumplir los 50 (incluido ahogado, accidente inexplicable de carro, o síndrome de muerte súbita infantil)? NO SÍ
2. ¿Alguien en tu familia tiene un marcapasos, desfibrilador implantado, o problemas del ritmo cardíaco? NO SÍ
3. ¿Alguien en tu familia ha tenido desmayos inexplicables, ataques epilépticos inexplicables, o casi se ahoga? NO SÍ

e. Historial Social:

Uso Tabaco (incluyendo cigarrillos electrónicos): NO SÍ ANTES Fumadores en la familia: NO SÍ

Se permite fumar en el hogar: NO SÍ

Nombre de Madre: _____ Fecha de Nac.: _____ Edad: _____ ¿Vive? NO SÍ

Nombre de Padre: _____ Fecha de Nac.: _____ Edad: _____ ¿Vive? NO SÍ

¿El/la niño/a va a la guardería? NO SÍ

Residencia principal Madre Padre Otra, _____ Residencia Secundaria Madre Padre Otra, _____

Ocupación de la Madre: _____ Ocupación del Padre: _____ No. de Hermanos: _____

¿Preocupaciones sobre relaciones con familiares/amistades/otros? NO SÍ

Tipo de Hogar Apartamento Casa Condominio Casa Móvil (tráiler)

¿Bebes agua de grifo? NO SÍ

¿Usas casco cuando andas en bicicleta, en patin, o skateboard? NO SÍ N/A

¿Usas asiento de seguridad para carros? NO SÍ N/A ¿Usas cinturón de seguridad NO SÍ

¿Tienes lo siguiente en tu hogar?

Detector de Monóxido de Carbono NO SÍ

Detector de Humo NO SÍ

Armas de Fuego NO SÍ

Cuántas horas diarias pasas: Mirando televisión? ____ En la computadora/Internet? ____ Jugando deportes, ejercitando? ____

i. Salud Dental

¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes? _____

¿Cuántas veces a la semana te limpias los dientes con seda dental? _____

¿Has visto un dentista durante éste último año? NO SÍ

Muchas gracias por tomarse el tiempo y contarnos de su salud.





AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN DE SALUD SUYA. ADEMÁS EXPLICA CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

HealthPoint respeta su privacidad. Comprendemos que su información de salud personal es muy delicada. No compartiremos su información con otros a menos que usted nos diga que lo hagamos, o a menos que la ley lo permita o lo requiera.

La ley nos exige mantener privada su Información de Salud Protegida (PHI, en inglés), entregarle este Aviso, y cumplir con los términos de este Aviso. Además, tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas. Si hacemos cambios a este Aviso, usted recibirá el Aviso actualizado en su próxima visita. Si se hacen cambios a este Aviso, pondremos el aviso actualizado en la sala de espera de nuestra oficina y en nuestro sitio web en www.healthpointchc.org.

La Información de Salud Protegida es cualquier información que incluya su información personal, además de información de salud y cobranza. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este Aviso.

I. CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

A. Sin Su Permiso Escrito. Tenemos derecho a usar y compartir su información de salud por los siguientes motivos:

1. Tratamiento: Información obtenida por una enfermera, un médico, o algún otro miembro de nuestro equipo proveedor de salud, registrada en su expediente médico, puede usarse para ayudar a decidir su futura atención. También podemos compartir información con otros que se encuentren involucrados en su atención médica. Esto les ayudaría a mantenerse informados sobre su atención.

2. Pago: Solicitamos el pago a su plan de seguro de salud. Los planes de salud necesitan información que tengamos acerca de su atención médica. La información compartida con los planes de salud puede incluir su diagnóstico, los procedimientos realizados, o atención recomendada a futuro.

3. Operaciones para los Servicios de Salud: Podemos usar y compartir Información de Salud Protegida para el desempeño de nuestras operaciones para proveer los servicios de salud, tales como actividades para mejorar la calidad, programas de capacitación, actividades de acreditación, certificación, obtención de licencias o credenciales. Por ejemplo, podríamos usar la Información de Salud Protegida para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal.

4. Requerido o Permitido por Ley: Podemos compartir Información de Salud Protegida cuando la ley lo requiera o lo permita. Por ejemplo, podríamos revelar Información de Salud Protegida a las autoridades correspondientes si creemos que usted es posiblemente víctima de abuso, negligencia, o violencia familiar. También podemos compartir Información de Salud Protegida que sea necesaria para poner alto a una seria amenaza a la salud o seguridad suya o de otros. Otras revelaciones pueden incluir: actividades de salud pública; solicitudes de agencias estatales o federales; autoridades del orden público; orden judicial o algún otro proceso legal; investigación aprobada; reclamaciones relacionadas con la compensación de trabajadores; agencias militares o de seguridad nacional, funcionarios encargados de investigar muertes súbitas, médicos forenses, e instituciones correccionales.

B. Sin Su Permiso, Y Usted Puede Oponerse.

1. Recaudación de fondos: Podemos usar la Información de Salud Protegida para comunicarnos con usted en un esfuerzo por recaudar fondos para nuestras operaciones. También podemos revelar la Información de Salud Protegida a una fundación que esté relacionada con nosotros para que la fundación se pueda comunicar con usted en un esfuerzo por recaudar fondos para sus operaciones. Cualquier comunicación con usted para la recaudación de fondos incluirá una descripción de cómo usted puede optar por no recibir ninguna comunicación más para la recaudación de fondos.

2. Familia y Otras Personas Involucradas en Su Atención: A menos que usted se oponga, podemos compartir su Información de Salud Protegida con un miembro de su familia, pariente, amistad cercana, o cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención de salud. Podemos compartir información para notificar a la persona de su ubicación, condición general, o pago relacionado a su atención.

3. Esfuerzos de Socorro en Desastres: Podemos compartir su Información de Salud Protegida con una entidad pública o privada autorizada por ley o sus estatutos para ayudar en los esfuerzos de socorro en situaciones de desastre para coordinar la notificación a familiares de su ubicación, condición general, o muerte.

C. Requiere Su Permiso Escrito.

1. Notas de Psicoterapia. Debemos obtener el permiso suyo para usar o compartir notas de psicoterapia, a menos que las notas de psicoterapia sean:

- (1) Del creador de las notas de psicoterapia para propósitos de tratamiento,
- (2) Para nuestros propios programas de capacitación en los cuales estudiantes, pasantes o profesionales de salud mental aprenden a mejorar sus destrezas de consejería y terapia,
- (3) Para defendernos en un proceso legal iniciado por usted,
- (4) Para una agencia de supervisión de la salud para la supervisión del creador de las notas de psicoterapia,
- (5) Para un funcionario encargado de investigar muertes súbitas o médico forense; o
- (6) Para prevenir o reducir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de alguna persona o del público en general.

2. Menores. Seguiremos la ley del Estado de Washington cuando usemos o compartamos la Información de Salud Protegida de menores. Aquellos menores que reciban servicios de salud relacionados con el VIH/SIDA; enfermedades de transmisión sexual, tratamiento de salud mental, pruebas de alcohol/drogas, y tratamiento o salud reproductiva pueden pedir que otra persona reciba esa información en su nombre. Si el menor no autoriza a nadie por escrito, sólo se dará esa información al menor.

3. Comunicaciones de Mercadotecnia: La Venta de Información de Salud Protegida. Debemos tener su permiso por escrito antes de utilizar o compartir la Información de Salud Protegida para marketing o para la venta de la Información de Salud Protegida, consistente con las correspondientes definiciones y excepciones establecidas en HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud).

Otros Usos y Revelaciones. Cualquier pedido de información que este Aviso no cubra requerirá su permiso por escrito. Por ejemplo, usted tendrá que firmar un formulario de permiso antes de que podamos enviar Información de Salud Protegida a su compañía de seguros de vida o a su abogado. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento entregándonos una solicitud por escrito.

II. SUS DERECHOS INDIVIDUALES

A. Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted puede pedir ver sus expedientes médicos y registros de facturación para poder inspeccionarlos y/o solicitar copias de esta documentación. Todas las peticiones para ver registros deben hacerse por escrito. En limitadas circunstancias, podríamos negar el acceso a sus registros. Podemos cobrarle por el gasto de las copias y por enviar los registros que usted pida.

B. Derecho a Comunicaciones Alternativas. Usted puede pedir por escrito recibir Información de Salud Protegida por medios alternativos de comunicación o en lugares alternativos.

C. Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a limitar la Información de Salud Protegida que usemos o compartamos para el tratamiento, pagos u operaciones para los servicios de salud. Usted debe pedir las limitaciones por escrito dirigiéndose a **Michelle A. Matt, Funcionaria de Privacidad de HIPAA**. No estamos obligados a aceptar las limitaciones que usted pida, **a menos** que su solicitud sea para limitar revelar Información de Salud Protegida a un plan de salud para pagos u operaciones para los servicios de salud y dicha Información de Salud Protegida tenga relación directa con un artículo o servicio de salud que usted o alguna otra persona o entidad a nombre suyo pagó en su totalidad.

D. Derecho a un Recuento de las Revelaciones. Usted puede pedir por escrito un recuento de las revelaciones de Información de Salud Protegida hechas por nosotros en los últimos seis años, sujeto a ciertas restricciones y limitaciones.

E. Derecho a Solicitar Enmiendas. Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su Información de Salud Protegida. Su petición debe hacerse por escrito, y debe explicar por qué se debería enmendar la información. Podemos denegar su petición bajo ciertas circunstancias.

F. Derecho a Obtener este Aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso presentando una petición a **Michelle Matt, Funcionaria de Privacidad de HIPAA, al (425) 277-1311 extensión 11151** en cualquier momento.

G. Derecho a Recibir Notificación de una Violación. Tenemos la obligación de notificarle si descubrimos una violación al acceso de su Información de Salud Protegida no resguardada, conforme a lo establecido por ley federal.

H. Preguntas y Quejas. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos de privacidad, o le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con **Michelle Matt, Funcionaria de Privacidad de HIPAA, al (425) 277-1311 extensión 11151**. También puede presentar una queja escrita con el Director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. No tomaremos represalias en contra suyo por presentar una queja con el Director o con nuestra oficina.

III. FECHA DE VIGENCIA

A. Fecha de Vigencia. Este Aviso entra en efecto el **23 de septiembre, 2013**.