

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Last Name / <i>Apellido</i>	First Name / <i>Primer nombre</i>	Middle Name / <i>Segundo nombre</i>	Maiden Name / <i>Apellido de soltero (a)</i>
Birthdate / <i>Fecha de nacimiento</i>	Gender / <i>Género</i>	Social Security No. / <i>Seguro social</i>	Marital Status / <i>Estado civil</i>
Street Address / <i>Dirección del domicilio</i>		Apt # / <i># de Apartamento</i>	Mailing Address / <i>Dirección de correo</i>
City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i>	Zip Code / <i>Código postal</i>	Cell Phone # / <i>Número de Celular</i>
Occupation / <i>Ocupación</i>	Employer Name / <i>Nombre del empleador</i>	Employer Address / <i>Domicilio de empleo</i>	Phone No. / <i>Teléfono</i>
Email/ <i>Correo electrónico</i>			

GUARANTOR INFORMATION (Person responsible for payment) / INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE POR PAGO

Last Name / <i>Apellido</i>	First Name / <i>Primer nombre</i>	Middle Name / <i>Segundo nombre</i>	Maiden Name / <i>Apellido de soltero (a)</i>
Birthdate / <i>Fecha de nacimiento</i>	Gender / <i>Género</i>	Social Security No. / <i>Seguro social</i>	Marital Status / <i>Estado civil</i>
Street Address / <i>Dirección del domicilio</i>		Apt # / <i># de Apartamento</i>	Mailing Address / <i>Dirección de correo</i>
City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i>	Zip Code / <i>Código postal</i>	Cell Phone # / <i>Número de Celular</i>
Occupation / <i>Ocupación</i>	Employer Name / <i>Nombre del empleador</i>	Employer Address / <i>Domicilio de empleo</i>	Phone No. / <i>Teléfono</i>

EMERGENCY INFORMATION / INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Relationship to Patient / <i>Relación con el Paciente</i>	Last Name / <i>Apellido</i>	First Name / <i>Primer nombre</i>	Middle Initial / <i>Inicial del segundo nombre</i>
Street Address / <i>Dirección del domicilio</i>	City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i>	Zip Code / <i>Código postal</i>
Home Phone or Cell / <i>Teléfono de Casa o Celular</i>		Work Phone / <i>Teléfono de empleo</i>	

INSURANCE INFORMATION (List all insurance plans you have) / INFORMACIÓN DE ASEGURANZA (Anoté todos planes de seguro que tenga)

Name of Insurance Company #1 / <i>Nombre de Compañía de seguro</i>	Group No. / <i>Número de grupo</i>	Name of policy holder / <i>Nombre del titular de la póliza</i>	Social Security No. / <i>Número de seguro social</i>
Name of Insurance Company #2 / <i>Nombre de Compañía de seguro</i>	Group No. / <i>Número de grupo</i>	Name of policy holder / <i>Nombre del titular de la póliza</i>	Social Security No. / <i>Número de seguro social</i>
Name of Insurance Company #3 / <i>Nombre de Compañía de seguro</i>	Group No. / <i>Número de grupo</i>	Name of policy holder / <i>Nombre del titular de la póliza</i>	Social Security No. / <i>Número de seguro social</i>

This page was intentionally left blank

CONDICIONES DE REGISTRO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Yo, un paciente de Aria Community Health Center, doy voluntariamente mi consentimiento para la atención médica, que incluye procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico/dental por parte del personal del centro de salud. Soy consciente de que la práctica de la medicina/odontología/cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía o seguridad con respecto a los resultados de mi tratamiento. Además, si elijo buscar atención alternativa y/o rechazo una evaluación, tratamiento y/o transporte adicionales, libero a Aria Community Health Center de cualquier responsabilidad o reclamo médico que resulte de mi decisión de rechazar la atención en contra del consejo médico.

2. AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP), que describe cuándo el centro de salud puede usar o divulgar mi información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, mis derechos legales relacionados con esta información y cómo puedo presentar una queja, si creo que mis derechos han sido violados. El NPP se incorpora en Condiciones de Registro y Acuerdo Financiero por esta referencia. Este aviso solo se proporciona la primera vez que recibo servicios del centro de salud y, de lo contrario, está disponible a pedido.

3. ASIGNACIÓN DE MEDICARE:

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:

En caso de que tenga beneficios de paciente ambulatorio que surjan de cualquier póliza de seguro que me asegure de cualquier parte responsable ante mí, por la presente asigno dichos beneficios directamente a Aria Community Health Center para que se apliquen a mi factura. Acepto que Aria Community Health Center puede emitir un recibo de dicho pago, que dicho pago liberará a la compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones en virtud de la póliza en la medida del pago, y que seré responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

5. ACUERDO FINANCIERO:

Por la presente acepto que, en consideración de los servicios que prestará Aria Community Health Center, haré pagos puntuales a la cuenta de Aria Community Health Center a medida que se presenten las facturas. Acepto pagar intereses a la tasa legal en caso de que la cuenta se vuelva morosa, y si es necesario que la cuenta se remita a colecciones, pagaré los honorarios y gastos de cobranza.

6. GARANTE/ PERSONA RESPONSABLE:

Por la presente acepto asumir las obligaciones impuestas por el "Acuerdo Financiero" anterior.

7. PROGRAMA DE ENSEÑANZA:

En la medida en que Aria Community Health Center lleve a cabo programas de enseñanza en los que sea pertinente la condición o el tratamiento del paciente, se permitirá que los estudiantes participen en la atención del paciente a menos que Aria se notifique por escrito lo contrario al Centro de Salud.

8. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:

El Código de Salud y Seguridad de California 130290 exige que Aria Community Health Center comparta su información médica con otros proveedores de atención médica o entidades de atención médica a través de intercambios electrónicos de información médica en los que participa Aria. Este intercambio electrónico de información significa que todos los proveedores de atención médica participantes pueden acceder a la información que necesitan para tratarlo de manera rápida y segura.

9. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Aria Community Health Center se comunica de manera rutinaria con los pacientes por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico (si se proporciona) y/o correo postal para enviar mensajes importantes de atención médica, como recordatorios de citas y encuestas de satisfacción del paciente. Los pacientes o sus representantes que no deseen ser contactados por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico, pueden optar por no participar cuando se reciba el mensaje.

10. AVISO DE PAGOS ABIERTOS:

Solo con fines informativos, a continuación se proporciona un enlace a la página web de Open Payments de los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales docentes. La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Fecha	Firma del paciente / padre / tutor	Relación con el paciente (si corresponde)	Testigo (personal de oficina)

CONDITIONS OF REGISTRATION:

1. CONSENT TO TREATMENT:

I, a patient of Aria Community Health Center, do hereby voluntarily consent to health care, encompassing diagnostic procedures, and medical/dental treatment by the Health Center staff. I am aware that the practice of medicine/dentistry/surgery is not an exact science. I acknowledge that no guarantee or assurance has been made to me concerning the results of my treatment. Additionally, if I elect to seek alternative care and/or refuse further evaluation, treatment, and/or transport I release Aria Community Health Center of any liability or medical claims resulting from my decision to refuse care against medical advice.

2. NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

I have received a copy of the Notice of Privacy Practices (NPP), which describes when the health center may use or disclose my information for treatment, payment, and health care operations, my legal rights relating to this information and how I can file a complaint, if I believe my rights have been violated. The NPP is incorporated into these Conditions of Registration and Financial Agreement by this reference. This notice is only provided the first time I receive services from the health center and is otherwise available upon request.

3. MEDICARE ASSIGNMENT:

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of Social Security Act is correct. I request that payment of authorized benefits be made in my behalf.

4. ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS:

In the event I am entitled to outpatient benefits arising out of any policy of insurance insuring me of any party liable to me, I hereby assign said benefits directly Aria Community Health Center for application to my bill. I agree that Aria Community Health Center may issue receipt of any such payment, that such payment shall discharge the insurance company of any and all obligations under the policy to the extent of the payment, and that I shall be responsible for charges not covered by this assignment.

5. FINANCIAL AGREEMENT:

I hereby agree that in consideration for services to be rendered by Aria Community Health Center, I shall make prompt payments to the account Aria Community Health Center as bills are presented. I agree to pay interest at the legal rate should the account become delinquent, and if it becomes necessary for the account to be referred to collections, I shall pay any fees and collection expenses.

6. GUARANTOR:

I hereby agree to assume the obligations imposed by the "Financial Agreement" above.

7. TEACHING PROGRAM:

To the extent that Aria Community Health Center conducts teaching programs to which the patient's condition or treatment is pertinent, students shall be permitted to participate in the care of the patient unless Aria Community Health Center is notified to the contrary in writing.

8. HEALTH INFORMATION EXCHANGE:

California Health and Safety Code 130290 requires Aria Community Health Center to share health information about you with other health care providers or health care entities through electronic health information exchanges in which Aria participates. This electronic exchange of information means every participating health care provider can access the information they need to treat you quickly and safely.

9. CONTACT RELEASE:

Aria Community Health Center routinely contacts patients by phone, text, and email (if provided), and/or mail to send important health care messages such as appointment reminders and patient satisfaction surveys. Patients or their representatives who do not wish to be contacted by phone, text, or email, may opt out when the message is received.

10. OPEN PAYMENTS NOTICE:

For informational purposes only, a link to the federal Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Open Payments web page is provided below. The federal Physician Payments Sunshine Act requires that detailed information about payment and other payments of value worth over ten dollars (\$10) from manufacturers of drugs, medical devices, and biologics to physicians and teaching hospitals be made available to the public. The Open Payments database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Date	Signature of Patient / Parent / Guardian	Relationship to Patient (if applicable)	Witness (office staff)

El gobierno federal nos exige que le hagamos estas preguntas y, si bien será útil si las responde, no está obligado a responderlas para recibir servicios de atención médica.

Acct#

PERSONAL & VIVIENDA			
Nombre:		Fecha de hoy:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Domicilio de Paciente: Calle y Número		Ciudad	Estado
		Código Postal	
# de Teléfono:		Correo electrónico:	
¿Cuántas Familias viven en este domicilio?: ☐ Solo la mía ☐ Más que la mía: Si es así, cuántas familias _____ Personas _____			
En este domicilio, soy: ☐ Dueño ☐ Inquilino/Rento ☐ Inquilino principal ☐ Subinquilino ☐ No pago renta			
Si es compartido su hogar, usted vive en o comparte: ☐ Un cuarto ☐ una cochera ☐ Otro edificio en esta dirección			
☐ Soy una persona sin hogar: ☐ Vivo en la calle ☐ En un albergue para desamparados ☐ En un albergue temporal			
¿Qué idioma prefieres hablar? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Lenguaje de señas ☐ Otro: _____		¿Qué idioma prefieres leer? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	
Si corresponde, indique su estado actual con el ejército de los Estados Unidos: ☐ Servicio activo ☐ Reservas activas			
☐ Guardia Nacional ☐ Honorable Discharge ☐ Descarga honorable ☐ Otras descargas ☐ Jubilado (a) ☐ Separado (a)			
ETNICIDAD			
☐ No me considero hispano, latino o de origen español.			
☐ Sí, me considero de origen hispano, latino o español. Si seleccionó hispano, seleccione uno de los siguientes:			
☐ Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano/a ☐ Si puertorriqueño ☐ Si cubano ☐ Sí, otro origen hispano, latino / a o español			
☐ Sí, hispano, latino / a, origen español, combinado			
☐ Me niego a especificar.			
RAZA			
Además de su origen étnico, aclare con qué raza(s) se identifica (puede marcar más de una):			
☐ Indio asiático	☐ Coreano	☐ Otro isleño del Pacífico	☐ Indio americano / nativo de Alaska
☐ Chino	☐ Vietnamita	☐ Guameño o Chamorro	☐ Caucáseo/Blanco
☐ Filipino	☐ Otro asiático	☐ Samoano	☐ Eligió no revelar la raza
☐ Japonés	☐ Nativo hawaiano	☐ Afroamericano	
EMPLEO & INGRESOS			
A. ¿Cuántas personas forman parte de tu familia? _____			
B. ¿Cuál es el ingreso familiar? _____ ☐ semanalmente ☐ Mensual ☐ Anual			
C. Usted o algún miembro en su familia que gane salario:			
☐ Sí ☐ No ¿Ha trabajado como trabajador agrícola durante los últimos 2 años?			
☐ Sí ☐ No ¿Retirado del trabajo agrícola , o			
☐ Sí ☐ No ¿Permanece discapacitado del trabajo agrícola ?			
D. Si todas las respuestas en "C" son No, omita "E". En caso afirmativo, ¿cuál es la relación del trabajador agrícola con el paciente?			
☐ Yo ☐ Esposo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Hijo(a) ☐ Otro: _____			
E. Si en la pregunta "C" la respuesta es afirmativa, ¿usted o alguien de su familia (marque todo lo que corresponda):			
☐ Migrante: Durante los últimos 2 años, ¿Usted se mudó a otro lugar para trabajar?			
☐ Temporal: ¿Permanece en un lugar pero sin trabajo durante más de 2 semanas cada año?			
☐ Tiempo completo: ¿Nunca fue despedido de su trabajo agrícola por más de 2 semanas durante los últimos 2 años?			

Firma _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente _____

We are required by the federal government to ask you these questions, and while it will be helpful if you answer them, you are not required to do so to receive healthcare services.

Acct#

PERSONAL & HOUSING

Patient name:

Today's Date:

DOB:

Age:

Gender at Birth:

☐

Male

☐

Female

Patient Address:

Street

City

State

Zip Code

Phone #

Email:

How many families live at this address:

☐ Just mine

☐ More than just mine:

If so, how many Families

Persons

At this address, I am the:

☐ Owner

☐ Only Renter

☐ Primary Renter

☐ A sub renter

☐ Not paying rent

If shared, do you live in or share:

☐ A Room or

☐ A Garage or

☐ Another building at this address

Or

I am Homeless:

☐ On the Street

☐ In A Homeless Shelter

☐ Transitional Housing

What language do you prefer speaking?

☐ English

☐ Spanish

☐ Sign Language

☐ Other: _____

What language do you prefer reading?

☐ English

☐ Spanish

☐ Other: _____

If appropriate, please indicate your current status with the United States Military:

☐ Active Duty

☐ Active Reserves

☐ National Guard

☐ Honorable Discharge

☐ General Discharge

☐ Other Discharge

☐ Retired

☐ Separated

ETHNICITY

☐ Not Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin.

☐ Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin. If you selected, Hispanic, please select one of the below:

☐ Yes, Mexican, Mexican American, Chicano/a

☐ Yes, Puerto Rican

☐ Yes, Cuban

☐ Yes, Another Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin

☐ Yes, Hispanic, Latino/a, Spanish Origin, Combined

☐ Decline to specify.

RACE

In addition to your Ethnicity, please clarify what Race(s) you identify yourself as (you may check more than one):

☐ Asian Indian

☐ Korean

☐ Other Pacific Islander

☐ American Indian/Alaska Native

☐ Chinese

☐ Vietnamese

☐ Guamanian or Chamorro

☐ White

☐ Filipino

☐ Other Asian

☐ Samoan

☐ Chose not to disclose race

☐ Japanese

☐ Native Hawaiian

☐ Black/African American

EMPLOYMENT & INCOME

A. How many people are in your family? _____

B. What is your family Income? _____

☐ Week

☐ Month

☐ Year

C. Have you or any wage earner in your family:

☐ Yes ☐ No

Worked as a **Farmworker** during the past 2 years

☐ Yes ☐ No

Retired from **Farm work**, or

☐ Yes ☐ No

Remain disabled from **Farm work**?

D. If all answers in "C" are No, Skip "E". If yes, what is the relationship of the farmworker to the patient?

☐ Self

☐ Spouse

☐ Parent

☐ Child

☐ Other _____

E. If in item "C" are yes, are you or they (mark all that apply):

☐ Migrant: During the past 2 years, you spent a night somewhere else to work?

☐ Seasonal: Stay in one place but off work for more than 2 weeks every year?

☐ Full Time: Never laid off from farm work for more than 2 weeks during the past 2 years?

Signature _____

Date _____

Printed Name _____

Relation to Patient _____

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL			
Fecha:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Tienes o has tenido lo siguiente:			
PIEL	(NUNCA) (PASADO) (AHORA)	GENITOURINARIO	(NUNCA) (PASADO) (AHORA)
Sarpullido, urticaria, picazón o irritación de piel	() () ()	Pus o sangre en la orina	() () ()
OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA.	(NUNCA) (PASADO) (AHORA)	Enfermedades transmitidas sexualmente (enfermedades venéreas)	() () ()
Dolores de cabeza, mareos, desmayos	() () ()	Has estado sexualmente activo con alguien que tiene SIDA o VIH o hepatitis	() () ()
Vista borrosa o dañada	() () ()	NEUROMUSCULAR	(NUNCA) (PASADO) (AHORA)
Pérdida auditiva o zumbido en oídos	() () ()	Problemas en sentirse cansado y/o enojarse con facilidad	() () ()
Secreción de los ojos o los oídos.	() () ()	Crisis Nerviosa/depresión	() () ()
Problemas de sinusitis/gripa/alergias	() () ()	Poliomielitis (parálisis infantil)	() () ()
Asma o fiebre del heno	() () ()	Convulsión	() () ()
Dolor de garganta/ronca	() () ()	Dolor de articulaciones(huesos) y/o músculos	() () ()
CARDIOPULMONAR	(NUNCA) (PASADO) (AHORA)	Dolores de espalda o heridas/osteomielitis/reumatismo	() () ()
Escasez de oxígeno	() () ()	Esta tomando medicamentos?	() () ()
Tos persistente o tosiendo sangre o otras secreciones	() () ()	<i>Si sí, por favor de apuntarlos</i>	
Resfríos y / o fiebre	() () ()	1. _____ 6. _____	
Sudores de noche	() () ()	2. _____ 7. _____	
Tuberculosis o expuesto a tuberculosis	() () ()	3. _____ 8. _____	
Fiebre escarlatina o fiebre reumática	() () ()	4. _____ 9. _____	
Dolores de pecho	() () ()	5. _____ 10. _____	
Palpitaciones o ritmo de corazón rápido o pulso	() () ()	Alguna vez a tenido o lo han tratado por cáncer o tumores?	() () ()
Presión alta	() () ()	Es anémico o alguna vez a tenido que tomar hierro?	() () ()
Manos o pies hinchados	() () ()	Usted usa tabaco?	() () ()
GASTROINTESTINAL	(NUNCA) (PASADO) (AHORA)	<i>Si es así, ¿qué tipo? _____</i>	() () ()
Ardor de estomago o indigestión	() () ()	Usted usa drogas o toma alcohol?	() () ()
Náusea y / o vomito	() () ()	Drogas?	() () ()
Pérdida de apetito	() () ()	Alcohol?	() () ()
Eructando o gases	() () ()	SOLAMENTE PARA MUJERES	
Enfermedades de Úlcera péptica, hígado o vesícula	() () ()	Última regla menstrual: _____	
Ictericia amarilla o hepatitis	() () ()	Anticonceptivos: _____	
Diarrea o constipación	() () ()	Apunte toda fecha de operaciones/cirugías, heridas y enfermedades que han requerido hospitalización:	
Disentería	() () ()	1. _____ 3. _____	
Sangrado rectal, hemorroides (almorranas)	() () ()	2. _____ 4. _____	
Heces embreado o como de color arcilla	() () ()	5. _____ 6. _____	
GLÁNDULAS	(NUNCA) (PASADO) (AHORA)	Alguna vez fuiste rechazado de la militar o para empleo?	() () ()
Subida de peso o pérdida	() () ()	En los últimos 10 años estuviste ausente de la escuela / trabajo por una enfermedad o herida?	() () ()
Diabetes	() () ()	Alguna vez sometiste un reclamo de compensación de trabajo	() () ()
Problemas de tiroides o bocio	() () ()	Alguna vez buscaste ayuda de tratamiento psicológico O psiquiátrico	() () ()
Glándulas hinchadas	() () ()	Algunas de estas preguntas involucran un reclamo de compensación de trabajo o herida?	() () ()
GENITOURINARIO	(NUNCA) (PASADO) (AHORA)		
Problemas de riñones o cálculos o enfermedad de Bright's	() () ()		
Orina con frecuencia, dolor, o urgencia	() () ()		

PERSONAL HEALTH HISTORY			
Date:		Name:	
		Date of Birth:	
Do you have or have you ever had any of the following:			
SKIN	(NEVER) (PAST) (NOW)	GENITOURINARY	(NEVER) (PAST) (NOW)
Rashes, hives, itching or other skin irritations.	() () ()	Blood or pus in urine	() () ()
EYES, EARS, NOSE, THROAT	(NEVER) (PAST) (NOW)	Sexually transmitted disease (venereal disease)	() () ()
Headaches, dizziness, fainting	() () ()	Been sexually active with anyone who has AIDS or HIV or hepatitis	() () ()
Blurred or impaired vision	() () ()	NEUROMUSCULAR	(NEVER) (PAST) (NOW)
Hearing loss or ringing in ears	() () ()	Problems with becoming tired and/or upset easily	() () ()
Discharge from eyes or ears	() () ()	Nervous breakdown/depression	() () ()
Sinus trouble/colds/allergies	() () ()	Poliomyelitis (infantile paralysis)	() () ()
Asthma or hay fever	() () ()	Convulsions	() () ()
Sore throats/hoarseness	() () ()	Joint and/or muscular pain	() () ()
CARDIOPULMONARY	(NEVER) (PAST) (NOW)	Back pain or injury/osteomyelitis/rheumatism	() () ()
Shortness of breath	() () ()	Are you currently taking any medications?	() () ()
Persistent cough or coughing up blood or other secretions	() () ()	<i>If yes, please list them</i>	
Chills and/or fever	() () ()	1. _____ 6. _____	
Night sweats	() () ()	2. _____ 7. _____	
Tuberculosis or exposed to TB	() () ()	3. _____ 8. _____	
Scarlet fever or rheumatic fever	() () ()	4. _____ 9. _____	
Chest pain	() () ()	5. _____ 10. _____	
Heart palpitations or rapid heartbeat or pulse	() () ()	Have you ever had or been treated for cancer or any tumors?	() () ()
High blood pressure	() () ()	Are you anemic or have you ever had to take iron medication?	() () ()
Swelling of hands and/or feet	() () ()	Do you use tobacco?	() () ()
GASTROINTESTINAL	(NEVER) (PAST) (NOW)	<i>If yes, what type: _____</i>	() () ()
Heartburn or indigestion	() () ()	Do you use drugs or alcohol? If yes what?	() () ()
Nausea and/or vomiting	() () ()	Drug	() () ()
Loss of appetite	() () ()	Alcohol	() () ()
Belching or gas	() () ()	WOMEN ONLY	
Peptic ulcer, gallbladder, or liver disease	() () ()	Last menstrual period:	
Yellow jaundice or hepatitis	() () ()	Birth control:	
Diarrhea or constipation	() () ()	List dates of all operations/surgeries, injuries and illnesses that required hospitalization:	
Dysentery	() () ()	1. _____ 3. _____	
Rectal bleeding, hemorrhoids (piles)	() () ()	2. _____ 4. _____	
Tarry or clay-colored stools	() () ()	5. _____ 6. _____	
GLANDS	(NEVER) (PAST) (NOW)	Were you ever rejected from the military or for employment?	() () ()
Weight gain or loss	() () ()	Were you absent from school/work in the past 10 years because of illness or injury	() () ()
Diabetes	() () ()	Did you ever file a worker's compensation claim?	() () ()
Thyroid or goiter	() () ()	Did you ever seek psychological or psychiatric treatment?	() () ()
Swollen glands	() () ()	Do any of the above involve a worker's compensation claim of job injury?	() () ()
GENITOURINARY	(NEVER) (PAST) (NOW)		
Kidney disease or stones or Bright's disease	() () ()		
Painful, frequent, or urgent urination	() () ()		

Autorización para usar o divulgar información médica/dental

Yo autorizo a Aria Community Health Center (ACHC) de usar y/o divulgar la información específica que se describe a continuación, solo para los fines y endades que también se especifican a continuación. Descripción de información específica a tratar:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Día/hora de citas | ☐ Diagnóstico | ☐ Resultados de Rayos-X |
| ☐ Medicamentos | ☐ Exámenes de laboratorio/Resultados | ☐ Resumen de expediente médico |
| ☐ Plan de cuidado | ☐ Otro (Especifica): _____ | |

Indicar información confidencial:

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| ☐ Salud Mental | ☐ Información de VIH | ☐ Información de alcohol /drogas |
|---------------------------------------|---|---|

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información va a ser proporcionada a:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Esta autorización permanecerá vigente desde la fecha de la firma indicada abajo (favor de seleccionar una):

- ☐ _____ (Especificar fecha de vencimiento)
- ☐ SIN FECHA DE VENCIMIENTO

Yo entiendo que:

- ▶ Puedo revocar esta autorización comunicándome con ACHC.
- ▶ Esta autorización le da a ACHC el derecho de discutir mi información médica con el individuo mencionado anteriormente.
- ▶ La información utilizada o divulgada, de conformidad con la autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y si es así ya no estará protegida por HIPAA.
- ▶ Puedo negarme a firmar esta autorización y ACHC no condicionará el tratamiento o el pago al dar esta autorización.

(Firma)

(Fecha)

(Relación con el paciente)
*Si lo firma un representante personal del paciente

(Fecha de revocación)



Authorization to Discuss Medical/Dental Information

I hereby authorize Aria Community Health Center (ACHC) to use or disclose the specific information described below, only for the purposes and parties also described below.

Description of the specific information to be discussed:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Appointment Date/Times | ☐ Diagnosis | ☐ X-Ray Results |
| ☐ Medications | ☐ Lab Tests/Results | ☐ Summary of Medical Records |
| ☐ Care plan | ☐ Other (Specify): _____ | |

Indicate Confidential Information:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Mental Health | ☐ HIV Information | ☐ Alcohol/Drug Information |
|--|--|---|

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Information to be given to:

Name: _____ Relationship: _____

Address: _____ Phone: _____

This authorization shall remain in effect from the date signed below until (please check one):

- ☐ _____ (specify expiration date or event)
- ☐ NO EXPIRATION DATE

I understand that:

- ▶ I may revoke this authorization by contacting ACHC.
- ▶ This authorization is giving ACHC the right to discuss my medical information with the individual listed above.
- ▶ Information used or disclosed pursuant to the authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected by HIPAA.
- ▶ I may refuse to sign this authorization and ACHC will not condition treatment or payment on my providing this authorization.

(Signature)

(Date)

(Relationship to Patient)

(Date Revoked)

**If signed by personal representative of patient*

Derechos del paciente

- 1 Un paciente tiene derecho a una atención considerada, respetuosa y competente.
- 2 Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, el nombre de la persona a cargo de su atención y el nombre y función de cualquier persona que le brinde servicios.
- 3 Un paciente o tutor legal tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico esperado en términos que usted pueda entender razonablemente. Cuando no sea médicamente aconsejable y/o legalmente permitido brindarle dicha información, esta información se pondrá a disposición de una persona adecuada en su nombre.
- 4 Un paciente tiene derecho a recibir la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento y/o tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Esta información incluirá como mínimo una explicación del procedimiento o tratamiento específico en sí, su valor y riesgos significativos y una explicación de otros métodos posibles, si los hubiera.
- 5 Un paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento y a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.
- 6 Un paciente tiene derecho a la privacidad en la medida que sea compatible con la atención médica adecuada. Las discusiones, consultas, exámenes y tratamientos de casos son confidenciales y se llevarán a cabo de manera discreta.
- 7 Un paciente tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de todos los registros relacionados con su tratamiento, excepto si es por ley o el contrato de pago de terceros dispongan lo contrario.
- 8 Un paciente tiene derecho a solicitar, examinar y recibir una explicación detallada de su factura, independientemente de la fuente de pago.
- 9 Un paciente tiene derecho a recibir asesoramiento sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su salud.
- 10 Un paciente tiene derecho a recibir tratamiento sin discriminación por motivos de raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, edad, sexo, genética, orientación sexual, identidad de género, estado civil, estado familiar, discapacidad, condición de veterano o cualquier otro estado legalmente protegido.
- 11 Un paciente que no habla inglés tendrá acceso a un intérprete adecuado.
- 12 Un paciente tiene derecho a recibir una copia de estos "Derechos y responsabilidades del paciente".

Responsabilidades del paciente

- 1 Proporcionar un historial médico completo: ACHC espera que usted proporcione información sobre sus enfermedades pasadas, estadías en el hospital, medicamentos y otros asuntos relacionados con su historial médico.
- 2 Participe en su tratamiento: Coopere con todos los miembros del personal y haga preguntas si no comprende las instrucciones o los procedimientos. Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento que acordaron mutuamente y de expresar cualquier inquietud que pueda tener sobre seguir o cumplir con la atención o el tratamiento propuesto.
- 3 Cumplir con las reglas libres de humo: ACHC es responsable de brindar un ambiente libre de humo para la salud de todos los pacientes y el personal. Esperamos que obedezca nuestra política libre de humo. Tenga en cuenta que algunos gobiernos locales pueden imponer una multa por fumar.
- 4 Sea cortés con los demás pacientes y el personal: ACHC es una atmósfera que promueve la curación y salud de todos los pacientes. Con este fin, se espera que los pacientes sean considerados con otros pacientes y miembros del personal. No se tolerarán comportamientos como vandalismo, robo, amenazas físicas o verbales, malas palabras y comportamiento disruptivo, y es posible que se le solicite que abandone la práctica.
- 5 Se espera que los pacientes usen una máscara cuando acudan al consultorio con alguna enfermedad respiratoria, fiebre u otra enfermedad aguda.
- 6 A los pacientes no se les permite traer armas de ningún tipo a la propiedad de ACHC.



- 7** Acepte la responsabilidad del pago de todos los servicios que le proporcione ACHC. El pago se puede realizar a través de terceros pagadores (como su compañía de seguros), mediante pago propio o mediante otros acuerdos de pago para servicios no cubiertos por el seguro. ACHC ofrece servicios de asesoramiento financiero, que incluyen el programa de bajos ingresos. El programa toma en cuenta el tamaño y los ingresos de la familia.
- 8** Comunicarse con el personal de ACHC: el personal de ACHC y los pacientes están comprometidos con el mismo objetivo: lograr un resultado positivo. Usted es responsable de informar a nuestro personal si tiene alguna pregunta o problema. Infórmenos si hay algo que le moleste o le preocupe mientras recibe atención en ACHC. Comuníquese con el administrador del sitio de inmediato para que se puedan abordar sus inquietudes.
- 9** Protege tus pertenencias: Tú eres responsable de la seguridad de tus pertenencias. ACHC le no le aconseja traer objetos de valor a la oficina.
- 10** A los pacientes no se les permite grabar videos o audio sin el consentimiento de todas las partes. California es un estado de consentimiento de dos partes y la grabación sin permiso puede violar la ley de California.

Nombre del paciente:

Firma:

Relación con el/la paciente:

Fecha:



Patient Rights

- 1 A patient has the right to considerate, respectful and competent care.
- 2 A patient has the right to receive, upon request, the name of the person in charge of your care and the name and function of any person providing services to you.
- 3 A patient or legal guardian has the right to obtain complete and current information concerning your diagnosis, treatment and expected outlook in terms you can be reasonably expected to understand. When it is not medically advisable and/or legally permissible to give such information to you, this information shall be made available to an appropriate person on your behalf.
- 4 A patient has the right to receive information necessary to give informed consent prior to the start of any procedure and/or treatment, except for emergency situations. This information shall include at minimum an explanation of the specific procedure or treatment itself, its value and significant risks and an explanation of other possible methods, if any.
- 5 A patient has the right to refuse treatment and to be informed of the medical or other consequences of his/her action.
- 6 A patient has the right to privacy to the extent consistent with adequate medical care. Case discussions, consultation, examination and treatment are confidential and will be conducted discreetly.
- 7 A patient has the right to privacy and confidentiality of all records pertaining to your treatment, except as otherwise provided by law or third-party payment contract.
- 8 A patient has the right to request, examine and receive an itemized explanation of your bill, regardless of source of payment.
- 9 A patient has the right to counseling regarding the availability of known financial resources for his/her health.
- 10 A patient has the right to treatment without discrimination based upon race, color, religion, ancestry, national origin, age, sex, genetics, sexual orientation, gender identity, marital status, familial status, disability, veteran status, or any other legally protected group status.
- 11 A patient who does not speak English will have access to an appropriate interpreter.
- 12 A patient has the right to receive a copy of these "Patient Rights and Responsibilities."

Patient Responsibilities

- 1 Provide a complete health history: ACHC expects you to provide information about your past illnesses, hospital stays, medicines, and other matters related to your health history.
- 2 Participate in your treatment: Please cooperate with all staff members and ask questions if you do not understand directions or procedures. You are responsible for following the treatment plan upon which you mutually agreed and to express any concerns you may have about following or complying with the proposed care or treatment.
- 3 Comply with Smoke-Free rules: ACHC is responsible for providing a smoke-free environment for the health of all patients and staff. We expect you to obey our smoke-free policy. Be aware that some local governments may assess a fine for smoking.
- 4 Be courteous to other patients and staff: ACHC is an atmosphere that promotes healing for all patients. To this end, patients are expected to be considerate of other patients and staff members. Behaviors such as vandalism, theft, physical or verbal threats, profanity and disruptive behavior will not be tolerated, and you may be asked to leave the practice.
- 5 Patients are expected to wear a mask when coming to the office with a complaint of any respiratory illness, fever or other acute illness.
- 6 Patients are not permitted to bring weapons of any kind onto ACHC property.



- 7** Accept responsibility for payment for all services provided to you by ACHC. Payment may be made through third party payers (such as your insurance company), by self-payment, or by making other payment arrangements for services not covered by insurance. ACHC offers financial counseling services, which includes the sliding fee discount schedule. The sliding discount takes into account family size and income.
- 8** Communicate with ACHC staff: ACHC staff and patients are committed to the same goal—achieving a positive result. You are responsible for letting our staff know if you have any questions or problems. Please tell us if anything upsets or concerns you while you are receiving care at ACHC. Contact the Site Manager immediately so that your concerns can be addressed.
- 9** Protect your belongings: You are responsible for the safety of your belongings. ACHC discourages you from bringing valuables to the office.
- 10** Patients are not permitted to video or audio record without consent from all parties. California is a two-party consent state and recording without permission may violate California law.

Patient Name:

Signature:

Relationship to Patient:

Date:



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad NO es una autorización. Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios comerciales y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluida información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su médico, el personal de nuestro consultorio y otras personas fuera de nuestro consultorio que participan en su atención y tratamiento pueden usar y divulgar su información de salud protegida con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de la práctica médica, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico al que haya sido referido para garantizar que tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, concesión de licencias, recaudación de fondos y realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de la facultad de medicina que atienden pacientes en nuestro consultorio. Además, podemos utilizar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme con su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita e informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Si utilizamos o divulgamos su información médica protegida para actividades de recaudación de fondos, le brindaremos la opción de optar por no participar en esas actividades. También puede optar por volver a participar.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo exige la ley, cuestiones de salud pública según lo exige la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, aplicación de la ley, forenses, directores de funerarias, donación de órganos, investigación, asuntos penales, actividad militar y seguridad nacional, compensación laboral, reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos. Según la ley, debemos revelarle información cuando lo solicite. Según la ley, también debemos divulgar su información de salud protegida cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán **únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar**, a menos que lo exija la ley. Sin su autorización, tenemos expresamente prohibido utilizar o divulgar su información de salud protegida con fines de marketing. No podemos vender su información de salud protegida sin su autorización. No podemos usar ni divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información de salud protegida. No utilizaremos ni divulgaremos ninguna información de salud protegida que contenga información genética que se utilizará con fines de suscripción.

Puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o el consultorio del médico haya tomado una medida basándose en el uso o divulgación indicado en la autorización.



YOUR RIGHTS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida (se pueden aplicar tarifas): de conformidad con su solicitud por escrito, tiene derecho a inspeccionar o copiar su información médica protegida, ya sea en papel o en formato electrónico. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable o utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, información de salud protegida restringida por la ley, información que está relacionado con una investigación médica en la que usted ha aceptado participar, información cuya divulgación puede resultar en daño o lesión para usted o para otra persona, o información que se obtuvo bajo una promesa de confidencialidad.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida: esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar la restricción solicitada, excepto si usted solicita que el médico no divulgue información de salud protegida a su plan de salud con respecto a la atención médica que usted pagó en su totalidad de su bolsillo.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitarnos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de forma alternativa, es decir, electrónicamente.

Tiene derecho a solicitar una enmienda a su información de salud protegida: si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación de su declaración y le proporcionaremos una copia de tal refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones: tiene derecho a recibir un informe de divulgaciones, en papel o electrónico, excepto para divulgaciones: de conformidad con una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que haya ocurrido antes del 14 de abril de 2003, o seis años antes de la fecha de la solicitud.

Tiene derecho a recibir un aviso de incumplimiento: le notificaremos si se ha violado su información de salud protegida y no segura.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos dichos cambios en la siguiente cita. También pondremos a su disposición copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener uno.

SOLICITUDES DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA POTENCIALMENTE RELACIONADA CON ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA

Atención de salud reproductiva: usos y divulgaciones prohibidos

ACHC no puede usar ni divulgar su PHI para ninguna de las siguientes actividades: (i) para realizar una investigación penal, civil o administrativa sobre cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva; (ii) imponer responsabilidad penal, civil o administrativa a cualquier persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva; o (iii) para identificar a cualquier persona para cualquier propósito descrito en (i) o (ii). Por ejemplo, si recibe atención de salud reproductiva de ACHC bajo las circunstancias en las que se brinda, y una agencia de supervisión de la salud o un funcionario encargado de hacer cumplir la ley de otro estado solicitara o citara su PHI relacionada con dicha atención de salud reproductiva de ACHC para un de los propósitos prohibidos anteriores, ACHC no estaría autorizado a divulgar dicha PHI en respuesta a la solicitud o citación.

Usos y divulgaciones condicionados a una certificación:

Además, como se especifica en HIPAA, ACHC no puede usar ni divulgar PHI potencialmente relacionada con su atención de salud reproductiva (i) a una agencia de supervisión de la salud, (ii) en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo (por ejemplo, en respuesta a una decisión judicial, orden, citación), (iii) a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, o (iv) a un médico forense o examinador médico, a menos que ACHC obtenga una certificación escrita válida de la persona que solicita su PHI relacionada con la atención de salud reproductiva. La certificación debe verificar que el uso o divulgación solicitados de su PHI relacionado con la atención de salud reproductiva no esté prohibido por HIPAA y cumpla con los requisitos de HIPAA.



ARIA
COMMUNITY
HEALTH
CENTER



Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Reglas Especiales para Menores:

Si usted es un menor a quien legalmente se le permite dar su consentimiento para recibir servicios de atención médica por su cuenta, ACHC debe proteger su información de salud personal (PHI) tal como lo haría para un adulto, a menos que se aplique una excepción legal específica. Por ejemplo, ACHC puede informar a sus padres o tutores si su proveedor de atención médica cree que no hacerlo pondría en grave peligro su salud o obstaculizaría su capacidad para tratarlo. Además, si elige utilizar el seguro de sus padres para el pago, sus padres recibirán una Explicación de beneficios de la compañía de seguros, que informará que usted recibió servicios de ACHC. Sin embargo, si prefiere que sus padres no estén informados sobre sus servicios, debe notificar al personal de ACHC cuando reciba los servicios. De esta manera, pueden organizar un pago privado o de bolsillo, o verificar si califica para recibir atención gratuita o con descuento.

QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando a nuestro Director de Cumplimiento a ariacompliance@ariachc.org.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a

200 Independence Avenue, S.W.,
Washington, D.C. 20201,
calling 1-877-696-6775, or
visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigente. Si tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, solicite hablar con nuestro Director de Cumplimiento en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

Firme el formulario adjunto de "Condiciones de registro". Tenga en cuenta que al firmar el formulario de Condiciones de registro solo reconoce que ha recibido una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

This page was intentionally left blank



THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This Notice of Privacy Practices is NOT an authorization. This Notice of Privacy Practices describes how we, our Business Associates and their subcontractors, may use and disclose your protected health information (PHI) to carry out treatment, payment or health care operations (TPO) and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected Health Information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health condition and related health care services.

USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Your protected health information may be used and disclosed by your physician, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of the physician's practice, and any other use required by law.

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, your protected health information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

Payment: Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. For example, obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan to obtain approval for the hospital admission.

Healthcare Operations: We may use or disclose, as-needed, your protected health information in order to support the business activities of your physician's practice. These activities include, but are not limited to, quality assessment, employee review, training of medical students, licensing, fundraising, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician. We may also call you by name in the waiting room when your physician is ready to see you. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment, and inform you about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. If we use or disclose your protected health information for fundraising activities, we will provide you the choice to opt out of those activities. You may also choose to opt back in.

We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization. These situations include: as required by law, public health issues as required by law, communicable diseases, health oversight, abuse or neglect, food and drug administration requirements, legal proceedings, law enforcement, coroners, funeral directors, organ donation, research, criminal activity, military activity and national security, workers' compensation, inmates, and other required uses and disclosures. Under the law, we must make disclosures to you upon your request. Under the law, we must also disclose your protected health information when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements under Section 164.500.

USES AND DISCLOSURES THAT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

Other Permitted and Required Uses and Disclosures will be made **only with your consent, authorization** or opportunity to object unless required by law. Without your authorization, we are expressly prohibited to use or disclose your protected health information for marketing purposes. We may not sell your protected health information without your authorization. We may not use or disclose most psychotherapy notes contained in your protected health information. We will not use or disclose any of your protected health information that contains genetic information that will be used for underwriting purposes.

You may revoke the authorization, at any time, in writing, except to the extent that your physician or the physician's practice has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.



YOUR RIGHTS

The following are statements of your rights with respect to your protected health information.

You have the right to inspect and copy your protected health information (fees may apply) – Pursuant to your written request, you have the right to inspect or copy your protected health information whether in paper or electronic format. Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records: Psychotherapy notes, information compiled in reasonable anticipation of, or used in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, protected health information restricted by law, information that is related to medical research in which you have agreed to participate, information whose disclosure may result in harm or injury to you or to another person, or information that was obtained under a promise of confidentiality.

You have the right to request a restriction of your protected health information – This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. Your physician is not required to agree to your requested restriction except if you request that the physician not disclose protected health information to your health plan with respect to healthcare for which you have paid in full out of pocket.

You have the right to request to receive confidential communications – You have the right to request confidential communication from us by alternative means or at an alternative location. You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively i.e. electronically.

You have the right to request an amendment to your protected health information – If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures – You have the right to receive an accounting of disclosures, paper or electronic, except for disclosures: pursuant to an authorization, for purposes of treatment, payment, healthcare operations; required by law, that occurred prior to April 14, 2003, or six years prior to the date of the request.

You have the right to receive notice of a breach – We will notify you if your unsecured protected health information has been breached.

You have the right to obtain a paper copy of this notice from us even if you have agreed to receive the notice electronically. We reserve the right to change the terms of this notice and we will notify you of such changes on the following appointment. We will also make available copies of our new notice if you wish to obtain one.

REQUESTS TO USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION POTENTIALLY RELATED TO REPRODUCTIVE HEALTH CARE

Reproductive Health Care: Prohibited Uses and Disclosures

ACHC may not use or disclose your PHI for any of the following activities: (i) to conduct a criminal, civil, or administrative investigation into any person for the mere act of seeking, obtaining, providing, or facilitating reproductive health care; (ii) to impose criminal, civil, or administrative liability on any person for the mere act of seeking, obtaining, providing, or facilitating reproductive health care; or (iii) to identify any person for any purpose described in (i) or (ii). For example, if you receive reproductive health care from ACHC under the circumstances in which it is provided, and a health oversight agency or a law enforcement official from another state were to request or subpoena your PHI related to such reproductive health care from ACHC for one of the above prohibited purposes, ACHC would not be authorized to disclose such PHI in response to the request or subpoena.

Uses and Disclosures Conditioned Upon an Attestation:

Additionally, as specified under HIPAA, ACHC may not use or disclose PHI potentially related to your reproductive health care (i) to a health oversight agency, (ii) in the course of any judicial or administrative proceeding (e.g., in response to a court order, subpoena), (iii) to a law enforcement official, or (iv) to a coroner or medical examiner, unless ACHC obtains a valid written attestation from the person requesting your PHI related to reproductive health care. The attestation must verify that the requested use or disclosure of your PHI related to reproductive health care is not otherwise prohibited by HIPAA and complies with HIPAA's requirements.



ARIA
COMMUNITY
HEALTH
CENTER



HIPAA Notice of Privacy Practices

Special Rules for Minors:

If you are a minor who is legally allowed to consent to healthcare services on your own, ACHC must protect your personal health information (PHI) just as they would for an adult, unless a specific legal exception applies. For instance, ACHC may inform your parent or guardian if your healthcare provider believes that not doing so would seriously jeopardize your health or hinder their ability to treat you. Additionally, if you choose to use your parent's insurance for payment, your parents will receive an Explanation of Benefits from the insurance company, which will disclose that you received services from ACHC. However, if you prefer that your parents are not informed about your services, you need to notify ACHC staff when you receive the services. This way, they can arrange for private or out-of-pocket payment, or check if you qualify for free or discounted care.

COMPLAINTS

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our Chief Compliance Officer of your complaint at ariacompliance@ariachc.org.

We will not retaliate against you for filing a complaint.

You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to

200 Independence Avenue, S.W.,
Washington, D.C. 20201,
calling 1-877-696-6775, or
visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. We are also required to abide by the terms of the notice currently in effect. If you have any questions in reference to this form, please ask to speak with our Chief Compliance Officer in person or by phone at our main phone number.

Please sign the accompanying "Conditions of Registration" form. Please note that by signing the Conditions of Registration form you are only acknowledging that you have received a copy of our Notice of Privacy Practices.

This page was intentionally left blank