

Historial Médico

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono Casa N° \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre.

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo N° \_\_\_\_\_  
Número de la casa y Nombre de la calle

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo M ó F Peso \_\_\_\_\_ Soltero ó Casado \_\_\_\_\_  
mes/día/año

Nombre del esposo (a) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ N° Telefónico \_\_\_\_\_

Si ésta usted llenando la aplicación para otra persona . Cuál es su relación con él o ella?  
Explique \_\_\_\_\_

Referido por : \_\_\_\_\_

1. Encierre en un círculo la respuesta correspondiente a las preguntas abajo numeradas. La información suministrada es solamente para nuestros records y, son considerandos confidenciales. Tenga presente que en su primera cita, podríamos preguntarle algo más acerca de sus respuestas a este cuestionario, adicionando así información a su historial médico.

2. Esta usted en buena salud? Sí No

3. Ha tenido algún cambio en general con su salud en el pasado año? . Explique \_\_\_\_\_ Sí No

4. Cuando fue su última examinación médica? Sí No

5. Esta usted teniendo algún problema delicado de salud en este momento? De ser así, cuando comenzó el tratamiento: Sí No

6. Escriba el nombre y dirección de su Médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Tiene usted alguna seria enfermedad , operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? Sí No  
 Sí es así, cuál ha sido su problema de salud?  
 \_\_\_\_\_
8. Esta tomando algún medicamento incluyendo aquellos que no necesite prescripción médica? Sí No  
 Sí es así, cuales medicamentos esta tomando (escribalos)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. Usted tiene o ha tenido algunos de estos problemas médicos abajo mencionados:
- a-Daño en las válvulas del corazón ó válvulas artificiales, incluyendo soplos cualquier ó tipo de problema cardíaco Sí No
- b- Enfermedades cardiovasculares.(problemas del corazón, ataque de anginas, corazón, insuficiencia coronaria, bloqueo coronario, presión alta, arteriosclerosis, ó derrame cerebral . Sí No
- 1-Tiene usted dolor de pecho cuando hace algún esfuerzo? Sí No  
 2-Se le hinchan los tobillos? Sí No  
 3-Tiene usted problemas del corazón desde su nacimiento? Sí No  
 4-Usa usted marcapaso? Sí No
- c-Alergias Sí No  
 d-Problema en los senos Sí No  
 e-Asma ó fiebre del heno Sí No  
 f-Desmayos o convulsiones Sí No  
 g-Diarreas persistente o perdida de peso. Sí No  
 h-Diabetes Sí No  
 i-Hepatitis, Icteria o enfermedad del hígado. Sí No  
 k- S.I.D.A. (Síndrome de insuficiencia inmuneológica) Sí No  
 l-Problemas de la Tiroides Sí No  
 ll-Problemas respiratorios, enfisema pulmonar, bronquitis, ect. Sí No  
 m- Artritis, dolor o hinchazón de las articulaciones Sí No  
 n-Ulceras estomacales o hiperácidos Sí No  
 ñ-Problemas en el Riñón Sí No  
 o- Tuberculosis Sí No  
 p-Tos persistente o tos que produce sangramiento Sí No  
 s-Persistentes inflamaciones en los ganglios del cuello Sí No  
 t-Presión baja Sí No  
 u-Enfermedades de transmisión sexuales Sí No

v-Epilepsia ú otros problemas neurológicos Sí No  
w-Problemas de salud mental Sí No  
x-Cáncer Sí No  
y-Problemas en el Sistema Inmuneológico Sí No

9-Tiene usted sangrados abdominales Sí No  
a-Alguna vez a necesitado de una transfusión de sangre Sí No

10-Tiene usted algún problema sanguíneo como anemia? Sí No

11-Ha tenido usted algún tratamiento por crecimiento de tumores? Si No

12-Tiene usted alguna reacción alérgica:

a-Anestésia local Si No  
b-Penicilina ú otros antibióticos Si No  
c-Sulfa ú otras drogas Si No  
d-Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir Si No  
e-Aspirina Si No  
f-Yodo Si No  
g-Codeína u otros narcóticos Si No  
h-Otros \_\_\_\_\_

13-Ha tenido usted algun problema serio asociado con tratamientos dentales? Si No  
De ser así, explíquelo: \_\_\_\_\_

14- Ha tenido usted alguna enfermedad, o condición de médica que no se haya mencionado en este cuestionario y desee usted mencionarlo? Si No  
Favor explíquelas: \_\_\_\_\_

14- Usa usted lentes de contacto? Si No

15-Usa usted prótesis dental? Si No

### Mujeres

17 Esta usted embarazada? Si No

18-Tiene usted problemas asociados con sus períodos menstrúales? Si No

19-Esta usted en lactancia? Si No

20-Toma píldoras anticonceptivas?

Si No

Queja al Jefe Dental: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que he leído y entendido lo anterior expuesto, Reconozco que mis respuestas, han sido respondidas satisfactoriamente. No voy hacer responsable a mi dentista ó a ningún otro miembro de éste consultorio, por mis errores ú omisiones que haya hecho en éste fumulario.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

**Las siguientes líneas son solamente para uso de la oficina médica**

For completion by the Dentist: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Significant management consideration: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature of Dental \_\_\_\_\_

Medical history update:

Date	Comments	Signature
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



CONSENT TO TREATMENT

please print

Patient Name						
Address		Number & Street		Town/City		State
Date of Birth		Height	Weight	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Marital Status	Occupation

- I authorize the performance on \_\_\_\_\_ of the dental treatment plan  
(state "myself" or name of patient)  
as explained to me by \_\_\_\_\_.
- The foreseeable material risks\* and benefits of the accepted treatment plan have been explained, and I fully understand them.
- Alternative treatment plans have been presented, and explained to me including their benefits and foreseeable risks.
- I also understand that in the provision of dental treatment, oral conditions may be photographed, and I consent to this as long as my identity is not revealed. I understand that these photographs may be used for medical documentation, teaching, research or scientific publication. I also understand that other members of the dental and/or medical profession may be present as observers.
- I understand that the practice of dentistry/medicine is not an exact science, and I acknowledge that I have received no guarantees or assurances about the outcome of treatment or any of its components, benefits or results.
- I understand that changes in the accepted treatment plan may be necessary during the course of treatment, and I will be informed of these changes.
- I fully understand that a specific dental procedure may be referred to another general dentist or specialist in another dental clinic.
- I have been given the opportunity to ask questions and my questions have been answered to my satisfaction.
- I have read this entire consent to treatment, and fully understand the conditions of this consent and have no additional questions.

\*Foreseeable risks are those that other practitioners in the community tell their patients in similar situations.

**SUPPLEMENT FOR PERSONS UNDER 18 INTENDING TO CONSENT FOR THEMSELVES** Check Yes or No as appropriate. To be completed by patient who has not reached his or her birthday and wishes to consent to treatment:

- Age at last birthday..... \_\_\_\_\_
- Are you now or have you ever been married?....  Yes  No
- Are you now or have you ever been a parent?...  Yes  No
- Are you now in the armed forces?.....  Yes  No
- For females: Are you pregnant?.....  Yes  No
- Are you self-supporting?.....  Yes  No

\*Question 6 need not be answered if the answer to questions 2, 3, 4 or 5 is yes.

Furthermore, the cost of treatment, as listed at right, has been explained to me and I agree to pay the fee, in whole or in part, as it becomes due and owing.

I understand that treatment modifications may be required as treatment progresses and that the fee may need to be modified to reflect those changes. I further understand that, whenever possible, I will be informed of any changes as the need to them becomes apparent.

CATEGORY OF SERVICE	FEE (EST)
1. Diagnostic	
2. Operative	
3. Periodontics	
4. Oral Surgery	
5. Endodontics	
6. Oral Pathology	
7. Fixed Prostheses	
8. Removable Prostheses	
9. Other	
Fee- Total Care Sum of lines 1-9	

<b>CONSENT TO TOTAL CARE &amp; FEE</b>	
_____	_____
Signature of Patient or Legal Representative	Date

**CATHOLIC CHARITIES HEALTH SYSTEMS**  
**of the Diocese of Rockville Centre Inc. (CCHS)**  
**DIAGNOSTIC AND TREATMENT CENTER**  
Special Dental Services (SDS)

**EL PACIENTE ESTÁ DE ACUERDO**

Yo, \_\_\_\_\_, o mi designado legal consiento al tratamiento dental recibido por los Special Dental Services, y sequire las reglas de dicho establecimiento al usar las facilidades de 333 North Main en Freeport.

Entiendo que el Catholic Charities Health Systems es un sitio donde no se permite fumar, y que fumar marijuana, tampoco no es permitido en ninguna parte. Se puede fumar en el cuarto de fumar para los clientes del Adult Day Health Care Services.

Yo tambien entiendo que el uso de sustancias ilegales no seran toleradas. Mientras que ni el Adult Day Health Care Services o el Special Dental Services exculgen personas del programa basado en su uso de substancias ilegales:

1. Ningun uso de sustancias ilegales en este sitio.
2. No hay tratamiento ningun bajo las influencia de cualquier uso de drogas.
3. No vender ni compartir ninguna sustancia ilegal con pacientes de este establecimiento.

Entiendo que al no seguir estas reglas puede posponer mi tratamiento o posible terminación de mi tratamiento en este programa dental.

Entiendo que el uso de violencia fisica y amenazas de violencia puede resultar en suspencion del programa por tiempo determinado hasta se logre una desición. Posesión o uso de armas resultara en suspención inmediato de el programa dental. Entiendo tambien que cualquier abuzo fisico a ninos sera notificado a la autoridades mandadas por el estado de Neuva York.

Leyes del estado y federal governaran preguntas sobre la construcción, validad y interpretación de este acuerdo, y como son manejadas todos las obligaciones de este acuerdo.

En acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, las leyes federales y el Catholic Charities Health Systems, ninguna person sera discriminada por raza, color, sexo, religion, orijenés naturales, preferencia sexual, cuidanidad, estatus matrimonial o discapacidad. Catholic Charities Health Systems admite que atiende a todos sus clientes en este orden sin discriminación.

Yo, el arriba firmado, he leído y asumo la responsabilidad de llevar acabo todos las reglas.

Tambien he recibido una copia de derechos del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente (Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Testigo (Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma Del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CATHOLIC CHARITIES HEALTH SYSTEMS**

**SPECIAL DENTAL SERVICES**

Please print legibly and provide all information requested. Registration Date: \_\_\_\_\_ Patient Number: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_  
Last First M.I.

Social Security #: \_\_\_\_\_ Driver's License #: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_  Adult or  Child Birthplace: \_\_\_\_\_

**LOCAL ADDRESS**

Street \_\_\_\_\_

City State Zip

Home Phone Business Phone

**PERMANENT ADDRESS**

Street \_\_\_\_\_

City State Zip

Home Phone Business Phone

Other names by which you are or have been known: \_\_\_\_\_

Have you been previously treated by  YES  Emergency Care  
Catholic Charities Special Dental Services?  NO, If yes, for \_\_\_\_\_  Routine Care Date last treated \_\_\_\_\_

Person responsible for payment: Name \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_

Relation to Patient: \_\_\_\_\_ Driver's License #: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
Street City State Zip

Telephone: Home \_\_\_\_\_ Business \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Parent or Guardian (if patient is a minor) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
Street City State Zip

Telephone: Home \_\_\_\_\_ Business \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Relation to Patient: \_\_\_\_\_

Payment Information:  Self-Pay  Current Medicaid # \_\_\_\_\_ Seq. # \_\_\_\_\_  
 Third Party will reimburse patient  ADAP # \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## LOS DERECHOS DEL PACIENTE

La declaración del derecho estar exhibido en las áreas SDS. y una declaración le sea dada a cada paciente. Los SDS trataran todos los pacientes con respeto y dignidad. Los derechos de nuestros pacientes incluye pero no se limita los siguientes y continua siendo reconocido. Las declaraciones deben incluir los derechos del paciente.

1. Todo paciente tendra derecho a recibir servicios sin respecto a su edad, raza, color, estado matrimonial, orientación sexual, nacionalidad.
2. Tendra derecho a consideracion respecto y reconocimiento de su dignidad del el o ella y individualmente incluyendo privacidad en tratamiento en cuidado personal del el or ella.
3. Tendra derecho de obtener informacion de su medico acerca condicion particular sino es contraindicado segun el medico, y documentado en el archivo medico. Tendra oportunidad de participar en su tratamiento de el o ella.
4. Tendra derecho a rehusar y no participar en investigaciones experimentales, y rehusar medicamientos y tratamientos despues de haber sido informado, y entendido las consecuencias de tales procedimientos.
5. Tendra derecho de recibir informacion acerca de procedimientos, posibles riesgos y alternativas explicado por el medico en efectuar consentimiento de tratamiento antes de un procedimiento no urgente, o tratamiento.
6. Tendra derecho a tratamiento confidencial de su archivo medico y personal, y a aprobar o rechazar su examinacion por individuo afuera de la institucion exepto en casos de que el o ella hallan sido transferidos a otras instituciones o requerido por ley de pago contractual de tercer partido.
7. Tendra derecho de ser informado de los servicios ofrecidos per el ("SDS").
8. Tendra derecho de ser informado de proviciones en caso de emergencia afuera de las horas normales.
9. Tendra derecho de ser informado de cambios de servicios, elegibilidad por reembolso de tercer partido y el derecho a recibir una copia actual de la cuenta de el o ella al pedirlo.

## INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE HIPAA #4

### **SISTEMAS DE SALUD DE LAS CARIDADES CATÓLICAS DIÓCESIS DE ROCKVILLE CENTRE**

#### **ANUNCIO CONFIDENCIAL DE HIPAA**

**ESTA NOTIFICACIÓN CONJUNTA DESCRIBE COMO PUEDE SER USADA Y REVELADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.**

#### INTRODUCCIÓN

Esta Notificación Conjunta está siendo entregada a usted en nombre de los **Servicios de Salud de Caridades Católicas de la Diócesis de Rockville, Inc. y su Personal Médico** con respecto a servicios brindados por las instalaciones de la Agencia (referida en este documento como "Nosotros" o "Nuestra/o"). Nosotros entendemos que su información médica es privada y confidencial. Además, la ley requiere que se mantenga confidencialidad acerca de "información protegida de salud." "Información protegida de salud" incluye cualquier información individual identificable que obtengamos de usted o por parte de otras personas relacionadas a su salud física o mental, acerca del cuidado de salud que haya recibido, o de pago para su cuidado de salud, en el pasado, presente o futuro. **Los Servicios de Salud de Caridades Católicas de la Diócesis de Rockville Centre, Inc. y su Personal Médico** compartirán información protegida de salud, según sea necesario, para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de servicios de salud relacionadas con servicios que serán prestados en los **Servicios de Salud de Caridades Católicas de la Diócesis de Rockville Centre Inc.**

Esta notificación cómo lo requiere la ley, le proporciona información acerca de sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a privacidad concerniente a la información protegida de su salud. Esta notificación trata también sobre los usos y las revelaciones que se podrá hacer con su información protegida de salud. Debemos obedecer las estipulaciones vigentes de esta notificación, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación de tiempo en tiempo. Haremos la notificación revisada válida concerniente a toda información de salud que mantenemos protegida. Usted siempre puede solicitar una copia escrita de nuestras notificaciones actuales más vigentes del **Coordinador del Programa** en la Agencia o usted lo puede acceder en nuestra red del internet en [www.CatholicCharities.cc](http://www.CatholicCharities.cc)

#### OTROS USOS Y REVELACIONES PERMITIDAS

Podemos usar o revelar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y funcionamiento concerniente al cuidado de salud. Para cada una de

éstas categorías de usos y revelaciones, hemos proporcionado una descripción y un ejemplo abajo. Sin embargo, no aparecerá cada uso o revelación particular en cada categoría.

- Tratamiento significa la provisión, coordinación o administración de su cuidado de la salud, inclusive consultas entre proveedores de cuidado de salud relacionadas a su cuidado y referencias para su cuidado de salud de un proveedor de cuidado de la salud a otro. Por ejemplo, un psiquiatra que lo trata a usted puede necesitar información si usted tiene cierta condición médica porque tal condición puede afectar el tipo de medicamento que él/ella prescribe.
- Pago significa las actividades que emprendemos para obtener reembolso para el cuidado de su salud que se le haya brindado, inclusive facturas, colecciones, administración de reclamos, determinaciones de elegibilidad, cobertura y otros medios de revisión.. Por ejemplo, antes de brindarle servicios de salud mental, nosotros podríamos proveer información a su Pagador a Terceros acerca de su condición para determinar si el curso de su tratamiento propuesto será cubierto. Cuando nosotros facturamos posteriormente a su Pagador a Terceros por los servicios que se le han brindado a usted, nosotros podemos proveerle al Pagador a Terceros información con respecto a su cuidado, si es necesario, para poder obtener pago. La ley Federal o del Estado puede requerir que obtengamos su consentimiento escrito antes de revelar cierta información especialmente protegida acerca de su salud para propósitos de pago, y nosotros le pediremos que firme un consentimiento cuando sea necesario bajo la ley aplicable.
- Funciones del cuidado de salud significa las funciones de apoyo de los Servicios de Salud de Caridades Católicas, Diócesis de Rockville Centre, y su Personal Médico con relación al tratamiento y pago, tal como actividades de control de calidad, administración de su caso, recibir y responder a quejas de cliente, las revisiones de practicantes, los programas de conformidad, revisiones, planificación de negocio, desarrollo, administración y actividades administrativas. Por ejemplo, nosotros podemos usar información de su salud protegida para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando lo están tratando. Podemos mezclar también información de salud acerca de muchos clientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no se necesitan, y si ciertos nuevos tratamientos son efectivos. Nosotros también podemos revelar a doctores, terapeutas, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos, estudiantes y otros, información para propósitos de aprendizaje y evaluación. Asimismo, podemos omitir dar que información que lo identifique a usted como cliente para propósitos de estudio de cuidados de la salud, sin tener conocimiento de quién es usted.

## **OTROS USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Además de usar y revelar información acerca de su tratamiento, para obtener pago y para funciones de su cuidado de salud, podemos usar su información de salud protegida de las siguientes formas:

- Nosotros podemos ponernos en contacto para recordarle las citas que tenga para tratamiento o cuidado médico.
- Nosotros podemos ponernos en contacto con usted para avisarle o recomendarle acerca de posibles tratamientos alternativos y otros beneficios y servicios relacionados a su salud que puedan interesarle.
- Nosotros podemos revelar información acerca de su salud protegida a familia o amigos, o a cualquier otro individuo identificado por usted que está tomando parte en su cuidado o en el pago de su cuidado médico. Nosotros sólo daremos información protegida de su salud directamente a los que están tomando parte en su cuidado o pago. Nosotros podemos usar o revelar también su información de salud protegida para notificar, o para participar en notificarle a un miembro de su familia, representante personal, o a otra persona responsable por su cuidado, de su ubicación, condición general o muerte. Si usted se encuentra presente, o disponible, nosotros le daremos la oportunidad de oponerse a estas revelaciones, y no haremos estas revelaciones si usted se opone. Si usted no se encuentra presente, o disponible, determinaremos si está en su mejor interés revelar a su familia o amigos, dicha información, tomando en cuenta las circunstancias y lo basaremos en nuestro juicio profesional.
- Cuando la ley lo permite, nosotros podemos coordinar nuestros usos y revelaciones de información acerca de su salud protegida con entidades públicas o privadas autorizadas por la ley o tituladas para participar en esfuerzos de alivio en caso de desastre.
- Permitiremos que su familia y amigos actúen en su nombre para recoger recetas médicas llenas y formularios similares de salud protegida, cuando determinemos, en nuestro juicio profesional, que está en su mejor interés hacer tales revelaciones.
- Sujeto a la ley aplicable, podemos hacer usos incidentales y revelaciones de información de salud protegida. Usos incidentales y revelaciones son

producto de otros usos permitidos o revelaciones que están limitados en naturaleza y no pueden ser prevenidos razonablemente.

- Nosotros podemos ponernos en contacto con usted, cuando la ley permite, como parte de nuestros esfuerzos para recolectar fondos y de mercadeo.
- Nosotros podemos revelar, cuando la ley lo permita, información protegida de su salud para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en un estudio comparativo de salud y de la recuperación de todos los clientes que recibieron un medicamento en particular. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación que balancea las necesidades de tal investigación con la necesidad del cliente de mantener su confidencialidad. Cuando sea requerido, antes de hacer una investigación, obtendremos una autorización escrita firmada por usted para poder usar información acerca de su salud.
- Nosotros usaremos o revelaremos información protegida acerca de su salud, de acuerdo a la ley.

[Nota: De acuerdo con la ley aplicable, podremos revelar su información de salud protegida a su patrono si somos contratados para realizar una evaluación relacionada con vigilancia de su lugar de trabajo o para evaluar si usted tiene una lesión relacionada con su trabajo. Usted será notificado de estas revelaciones por su empleador o la Agencia según se requiera por la ley aplicable.]

### SITUACIONES ESPECIALES

Nosotros haremos los siguientes usos y declaraciones de información acerca de su salud protegida, de acuerdo a los requisitos de la ley:

- La Donación de Organos y Tejido. Si usted es donante de órgano, nosotros podemos dar información acerca de su salud a organizaciones encargadas de adquirir órganos, u órgano, transplante de ojo, tejido, o a un banco donativo de órgano, si tal información es necesaria para la donación de órgano, tejido y transplante.
- Ejército Militar y Veteranos. Si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas, nosotros podemos dar información acerca de su salud como lo requieren las autoridades del ejército. Podemos dar también información de salud acerca del personal militar extranjero a una autoridad militar extranjera apropiada.

- Compensación de Trabajadores. Nosotros podemos dar información acerca de su salud a los programas que proveen beneficios por heridas o por enfermedades relacionadas al trabajo.
- Actividades de Salud Pública. Nosotros podemos proveer información acerca de su salud para actividades de salud públicas, inclusive revelaciones:
  - \* para prevenir o controlar enfermedad, herida o incapacidad;
  - \* para informar nacimientos y muertes;
  - \* para informar abuso de niño o descuido;
  - \* para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - \* para personas sujetas bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), para actividades relacionadas con la calidad, seguridad, o eficacia de productos o servicios regulados por el FDA y para reportar reacciones a los medicamentos o problemas con productos.
  - \* para notificar a alguna persona que pueda haber sido expuesta a una enfermedad o esté en riesgo de contactar o propagar una enfermedad o condición;
  - \* para notificar a la autoridad del gobierno apropiada si creemos que un cliente adulto ha sido la víctima de abuso, descuido o violencia doméstica. Nosotros sólo lo divulgaremos si el cliente está de acuerdo o cuando lo autoriza o lo requiera la ley.
- Actividades de Salud Supervisadas. Nosotros podemos proveer información de salud a las agencias Federal o del Estado que supervisan nuestras actividades. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda controlar el sistema de cuidado de salud, programas de beneficio del gobierno, y ver si están cumpliendo con las leyes de derechos civiles o con las reglas que regulan el programa.
- Demandas y Disputas. Si usted está implicado en una demanda o disputa, nosotros podemos proveer información acerca de su salud en respuesta a un tribunal o por una orden administrativa. Nosotros podemos dar también información acerca de su salud en respuesta a una cita, a un pedido de descubrimiento, o a otro proceso lícito por otra persona implicada en la disputa, pero sólo si la Agencia es asegurada que se han realizado esfuerzos por la persona realizando el pedido para informarle a usted del pedido o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.
- Ejecución de la Ley. Nosotros podemos proveer información de salud si un oficial de la ley lo pide por las siguientes razones:
  - \* En respuesta a una orden de un juzgado, citación, sanción, o proceso

semejante;

- \* Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo de causa, o persona perdida;
- \* Acerca de la víctima de un crimen bajo ciertas circunstancias limitadas;
- \* Acerca de la muerte que creemos puede ser por el resultado de un acto criminal;
- \* Acerca de acto criminal en nuestro local; y
- \* En casos de emergencia, para informar acerca de un crimen, la localidad del crimen o las víctimas, o identidad, descripción o localidad de la persona que cometió el crimen.

- Investigadores autorizados (?), Directores Médicos y de Funerarias. Nosotros podemos proveer información de salud a un investigador autorizado o a un examinador médico. Estas revelaciones pueden ser necesarias, por ejemplo, para identificar a una persona difunta o determinar la causa de su muerte. Nosotros podemos proveer también información de la salud de los clientes a directores de funeraria para que ellos puedan realizar sus funciones.
- Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional. Nosotros podemos proveer información acerca de su salud a oficiales Federales autorizados para usos en inteligencia, contrainteligencia, o para otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- Servicios de Protección para el Presidente y para otros. Nosotros podemos proveer información acerca de su salud a oficiales Federales autorizados para proteger al Presidente u otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o para conducir investigaciones especiales.
- Reclusos. Si usted está preso en una carcel o bajo custodia de un oficial de la ley, nosotros podemos proveer información acerca de su salud al correccional o al oficial de la ley respectivo. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución pueda proveerle cuidados de salud; (2) para proteger su salud y la seguridad, o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
- Amenazas Graves. Si la ley lo permite y las reglas éticas de conducta son aplicables, nosotros podemos usar y revelar información protegida de su salud si nosotros, en buena fe, creemos que el uso o revelación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o pública o si es necesario para que las autoridades de ley puedan identificar o detener a un individuo.

**Nota:** Información relacionada al S.I.D.A (HIV), información genética, alcohol y/o historia de abuso de sustancias ilícitas e historial de salud mental

puede gozar de cierta protección especial de confidencialidad bajo la ley Federal y del Estado. Algunas revelaciones de estos tipos de registros estarán sujetas a protecciones especiales.

### OTROS USOS DE SU INFORMACION DE SALUD

Otros usos y revelaciones de información de salud protegida que no están cubiertas por este aviso o por las leyes pertinentes que aplican a nosotros, serán solamente autorizadas por medio de un permiso firmado por usted. Usted tiene el derecho a renunciar a su autorización en cualquier momento, con tal de que la renuncia sea por escrito, con la excepción de que ya hemos tomado medidas confiando en su autorización.

### SUS DERECHOS

1. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la manera que usamos y revelamos información de su salud protegida para tratamiento, pago y administración del cuidado de salud. Sin embargo, no estamos obligados en estar de acuerdo con su solicitud. La solicitud acerca de una restricción debe de ser hecha por escrito al **Coordinador del Programa**.
2. Usted tiene razonablemente el derecho de hacer una solicitud para recibir informes confidenciales de salud protegida por medios alternos o localidades alternas. Usted debe someter su solicitud por escrito al **Coordinador del Programa**.
3. Usted tiene derecho, bajo la supervisión de la Agencia, de inspeccionar y copiar información de salud protegida que contiene sus datos y cuentas médicas y en cualquier otro archivo de la Agencia que usamos para tomar decisiones acerca de usted, menos:
  - (i) para notas de psicoterapia, que son notas que han sido registradas por un profesional de salud mental documentando o analizando temas de conversaciones durante una sesión de consejería privada o en grupo, sesión colectiva o de familia y que hayan sido separadas del resto de su archivo médico;
  - (ii) para información recopilada con anticipación razonable de, o para el uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo;
  - (iii) para información protegida de salud cuando la ley le limita acceso a exámenes de laboratorio;
  - (iv) si usted está en la prisión, el obtener una copia de su información puede ser limitada si usted pusiera en peligro su salud, seguridad, custodia o la rehabilitación de otros presos, o la seguridad de cualquier oficial, empleado, o de

otra persona en la institución correccional o la persona responsable de transportarlo;

(v) si obtuvimos o creamos información de salud protegida como parte de un estudio investigativo, su acceso a tal información de salud podría ser limitada mientras la investigación continúe, con tal de que usted había consentido a la negación temporal de no obtener acceso cuando aceptó tomar parte en la investigación;

(vi) para información de salud protegida en archivos que un contratista o agencia Federal mantiene cuando la ley le limita acceso; y

(vii) para información de salud protegida que ha sido obtenida por otra persona además de nosotros bajo promesa de confidencialidad cuando el acceso solicitado razonablemente pudiera revelar el origen de la información.

Para inspeccionar y copiar su información de salud, usted debe someter su solicitud por escrito al **Coordinador del Programa** en nuestra Agencia. Si usted solicita una copia de su información de salud, nosotros le podríamos cobrar por los costos de las copias y para enviar sus datos, así como también otros costos asociados con su solicitud.

Podríamos negar también solicitud al acceso de información de salud protegida si:

- un profesional licenciado en cuidados de salud, que en su juicio profesional ha determinado que el acceso razonablemente solicitado, podría poner en peligro su vida o su seguridad física o la de otra persona;
- la información de salud hace referencia a otra persona (a menos que tal persona sea un proveedor de cuidados de salud) y un profesional licenciado de cuidados de salud, en su juicio profesional ha determinado, que el acceso razonablemente solicitado, probablemente causaría daño sustancial a tal persona; o
- la solicitud al acceso ha sido hecha por un representante personal del individuo y un profesional licenciado de cuidado de salud ha determinado, en su juicio profesional, que la provisión de acceso a tal representante personal de salud razonablemente solicitado, podría causarle daño sustancial a otra persona o a usted.

Si por cualquiera de las tres razones descritas arriba, le negamos su solicitud al acceso, tiene derecho a revisar nuestra negación de acuerdo con los requisitos aplicables de la ley.

4. Usted tiene derecho a solicitar algún cambio acerca de su información de salud protegida, pero podríamos negarle tal solicitud de enmienda, si determinamos que la información de salud protegida o el archivo que es el sujeto del pedido:

- (i) no fue creado por nosotros, a menos que usted proporcionara una buena razón para creer que el autor de la información de salud protegida no está disponible para desempeñar los cambios que han sido solicitados;
- (ii) no es parte de sus registros y cuentas médicas usados para hacer decisiones sobre usted;
- (iii) no está disponible para ser inspeccionado como se ha expresado arriba; o
- (iv) está completo y exacto.

En todo caso, cualquier cambio que se haya acordado se hará como una inclusión a, y no como un reemplazo de archivos que ya existan. Para solicitar una enmienda a su información de salud, usted debe someter su pedido por escrito al **Coordinador del Programa** en nuestra Agencia, junto con una explicación de la razón para tal pedido.

5. Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las revelaciones de información de su salud protegida hecha por nosotros a individuos o entidades diferentes de usted hasta con seis años de antelación, con excepción de revelaciones:

- (i) para llevar a cabo tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud como se señala arriba;
- (ii) incidente a un uso o revelación de otro modo permitido o requerido por la ley pertinente;
- (iii) según autorización que haya sido escrita por usted;
- (iv) para guía de la Agencia o para personas que toman parte en su cuidado o para otros propósitos de notificación estipuladas por la ley;
- (v) por razones de seguridad nacional o inteligencia estipuladas por la ley;
- (vi) a instituciones de corrección o policías estipulados por la ley;
- (vii) como parte de un grupo de datos limitado como lo estipula la ley; o
- (viii) que ocurriera antes del 14 de abril de 2003.

Para solicitar una contabilidad de revelaciones de su información de salud, usted debe someter su pedido por escrito al **Coordinador del Programa** en nuestra Agencia. Su pedido debe expresar un período de tiempo específico para tal contabilidad (por ejemplo, los pasados tres meses). La primera contabilidad solicitada por usted dentro de un período de doce (12) meses será gratis. Para contabilidades adicionales, nosotros

podríamos cobrarle para proveerle la lista. Nosotros le notificaríamos acerca del costo, y usted puede elegir retirar o modificar su pedido antes de que sea obligado a pagarlo.

### QUEJAS

Si usted cree que sus derechos confidenciales han sido violados, debe inmediatamente ponerse en contacto con el **Oficial Privado al 516-733-7093** en la Agencia. Nosotros no tomaremos medidas contra usted porque registró una queja. Usted puede registrar también una queja con el Secretario de Servicios de Salud y Servicios Humanos.

### PERSONA DE CONTACTO

Si usted tiene cualquier pregunta o desea información adicional acerca de esta notificación, por favor póngase en contacto con el Oficial de Confidencialidad al 516-733-7093.

Esta notificación toma efecto el 1 de abril de 2003.

archivo: priv de hipaa de cc #4a

PRUEBA DE RECONOCIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que me ha sido entregada una copia de notificación confidencial de **Caridades Católicas Diócesis de Rockville Centre** y se me ha dado la oportunidad de leer y de hacer preguntas acerca de esta notificación.

Fecha: \_\_\_\_\_, 200\_\_

---

Nota: Según se discutió en el Punto 7 de la Guía de Privacidad, las regulaciones sobre privacidad requieren que los proveedores de cuidados de salud con relaciones de tratamiento directo realicen un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento escrito de un individuo de su recibo de la privacidad del aviso de la Agencia en el momento de la entrega del primer servicio.

El archivo: priv de hipaa de cc #4a