

## Registro de Pacientes (Por favor en letra de imprenta)

Información al paciente					
Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento	
Dirección Residencial			Apt #	Ciudad	Estado Zona Postal
Identidad de género: <input type="checkbox"/> M/f <input type="checkbox"/> F/m <input type="checkbox"/> No binario		Teléfono durante el Día	Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	N° de Seguro Social	N° de Licencia para Conducir		Idioma Principal	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	Preferido Método de Contacto <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Paciente Portal (Correo Electrónico Seguro)	Raza <input type="checkbox"/> Indios Americanos, o Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negros o Afroamericanos <input type="checkbox"/> Nativos de Hawai o Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Alguna Otra Raza <input type="checkbox"/> Dos o Más Razas Etnicidad		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano, Chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Negar <input type="checkbox"/> Otro	
Referido por:	Religion:				
Doctor Primario					
Empresa donde Trabaja			Cómo te enteraste de nosotros		
Dirección del Trabajo			Telefono del Trabajo		
Parte Responsable (Garante) igual que paciente					
Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento	
Dirección Residencial (si es diferente del paciente)			Apt #	Ciudad	Estado Zona Postal
Teléfono durante el Día			Teléfono Celular		
N° de Seguro Social		N° de Licencia para Conducir		Relación con Paciente	
Contacto de Emergencia (Si es diferente de la parte responsable)					
Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento	
Dirección Residencial (si es diferente del paciente)			Apt #	Ciudad	Estado Zona Postal
Teléfono de emergencia (Idioma principal)		Teléfono Alternativo		Relación con Paciente	
<p>Yo/Nosotros autorizamos y consentimos la realización de todos los tratamientos, cirugías y servicios médicos recomendados por los médicos y personal de los grupos médicos afiliados con MemorialCare Medical Foundation para mi o el menor anteriormente mencionado del cual yo soy el padre, madre o tutor legal. Certifico que, a mi entender, todas las declaraciones contenidas son verdaderas. Yo entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios médicos para mí y para mi cargo independientemente de la cobertura del seguro, excluyendo sólo servicios cubiertos autorizados bajo un contrato HMO prepagado. Yo además acepto pagar interés legal, costos de recolección, y los honorarios de los abogados que se incurran para recolectar cualquier cantidad que yo deba. Yo también autorizo mi grupo médico afiliado con MemorialCare Medical Foundation a que entregue información solicitada por la compañía de seguros y/o sus representantes. Comprendo perfectamente que este acuerdo y el consentimiento continuarán hasta que sean revocados por mí por escrito.</p>					
Firma del Paciente/Parte Responsable			Fecha		
Nombre del Paciente/Parte Responsable (por favor en letra de imprenta)			Relación con Paciente		

## Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar este formulario usted acusa el haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de MemorialCare Medical Foundation y sus grupos médicos afiliados. Nuestras Prácticas de Privacidad proporcionan información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información privada. Le invitamos a leerlo en su totalidad.

Nuestras Prácticas de Privacidad están sujetas a cambios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/Representante del Paciente  
(por favor en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con paciente

### PARA USO OFICIAL:

Hemos intentado obtener un acuse de recibo del paciente de nuestras Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener en éste caso por la siguiente razón:

- Paciente Negó a Firmar
- Representante del Paciente Negó a Firmar
- Situación de Emergencia Impidio Firma
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha



Historial Quirurgico - Marque Si A Recibido Algunos De Los Siguiete Procedimientos y En Que Año							
Procedimientos Quirurgico		Año		Procedimientos Quirurgico		Año	
<input type="checkbox"/> Ninguno				<b>Historial Quirurgico Masculino</b>			
<input type="checkbox"/> Angioplastia				<input type="checkbox"/> Biopsia Prostatica			
<input type="checkbox"/> Angioplastia Con Stent				<input type="checkbox"/> TURP			
<input type="checkbox"/> Apendicectomia				(Trans-urethral Reseccion De La Prostata)			
<input type="checkbox"/> Artroscopia De La Rodilla				<input type="checkbox"/> Vasectomia			
<input type="checkbox"/> Cirugia De Espalda				<input type="checkbox"/> Otros			
<input type="checkbox"/> IDAC (Bypass De Corazon)				<input type="checkbox"/> Otros			
<input type="checkbox"/> Liberacion Del Tunel Carpiano							
<input type="checkbox"/> Extraccion De Cataratas				<b>Historial Quirurgico Femenino</b>			
<input type="checkbox"/> Colectomia				<input type="checkbox"/> Aumento Mamoplastia			
<input type="checkbox"/> Colectomia				<input type="checkbox"/> Ligadura De Trompas			
<input type="checkbox"/> Colostomia				<input type="checkbox"/> Biopsia Del Seno			
<input type="checkbox"/> Bypass Gastrico				<input type="checkbox"/> Cesarea			
<input type="checkbox"/> Reparacion De Hernia				<input type="checkbox"/> D y C			
<input type="checkbox"/> El Reemplazo De Cadera				<input type="checkbox"/> Histerectomia			
<input type="checkbox"/> El Reemplazo De Rodilla				<input type="checkbox"/> Mastectomia			
<input type="checkbox"/> LASIK				<input type="checkbox"/> Miomectomia			
<input type="checkbox"/> Biopsia Hepatica				<input type="checkbox"/> Mamoplastia De Reduccion			
<input type="checkbox"/> Marcapasos				<input type="checkbox"/> TAH/BSO			
<input type="checkbox"/> Reseccion Del Intestino Delgado				<input type="checkbox"/> Histerectomia Vaginal			
<input type="checkbox"/> Tiroidectomia				<input type="checkbox"/> Otros			
<input type="checkbox"/> Tonsilectomia				<input type="checkbox"/> Otros			
Mantenimiento De Salud - Marque Si Usted A Recibido Algunos De Estos Examenes Reciente Y Las Fechas							
Examen		Fecha		Examen		Fecha	
<input type="checkbox"/> Ninguno				<input type="checkbox"/> Examen Ginecologico			
<input type="checkbox"/> Examen De Los Senos				<input type="checkbox"/> Vacuna Contra La Influenza			
<input type="checkbox"/> Examen De Esfuerzo Cardiaco				<input type="checkbox"/> Examen De Lipido			
<input type="checkbox"/> Colonoscopia				<input type="checkbox"/> Mamografia			
<input type="checkbox"/> Examen De DEXA				<input type="checkbox"/> Examen Papanicolaou			
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma				<input type="checkbox"/> Examen Fisico			
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma				<input type="checkbox"/> Vacuna Antineumococica			
<input type="checkbox"/> Examen De La Vista				<input type="checkbox"/> Examen De Funcion Pulmonar			
<input type="checkbox"/> FOBT (stool card for hidden blood)				<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia			
<input type="checkbox"/> Examen De Los Pies				<input type="checkbox"/> Vacuna Contra Tetanos			
Historia Familiar - Marque Si Algun Miembro De La Familia Ha Tenido Algunas De Las Siguietes Condiciones.							
<input type="checkbox"/> Adoptado							
Diagnostico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otros	Otros	Otros
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad De La Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD (Ataque Cardiaco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer - Tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CVA (Accidente Cerebrovascular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso En El Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Familiar - Continuacion							
Diagnostico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otros	Otros	Otros
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia (Alto Colesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertension (Presion Alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Intestinales Irritables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad De Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Historial Social Para Pacientes Adultos**

Ocupacion		Empleo	
Tienes Hijos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuantos?	Mujere(s)      Hombre(s)
Uso De Tabaco?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Pipa	<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Cigarrillo
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Anterior / Ano que dejo:	<input type="checkbox"/> Marca:	
Uso De Alcohol	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Liqueur <input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Anterior / Ano que dejo:		
Actividad Fisica	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/> Sedentario	Patron De Sueño:	
	Dias/Semanas:	<input type="checkbox"/> Cambios	<input type="checkbox"/> No Cambios
Uso De Cafeina	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Cafe	<input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Te
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Anterior/Ano que dejo:	<input type="checkbox"/> Tabletas	<input type="checkbox"/> Otros:

**Para Pacientes Menores**

Paciente Reside Con:	Primario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Ambos Padres	<input type="checkbox"/> Otros:
	Secundario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Otros:	
Ocupacion De Madre	Ocupacion De Padre				
Relacion De Padres	Cuidado De Niños				
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Abuelos			
<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Niñera			
<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Daycare			
Exposicion Al Tabacco: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El Paciente Es Fumador Actual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Fumador En Casa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

## Asignación de las Prestaciones del Seguro/Elegibilidad Certificación

<b>Seguro Primario</b>		
Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros	Nº del Grupo	Nº de Poliza
Dirección del Seguro	Teléfono	
Nombre del Suscriptor	Relación con Paciente	
Número del Seguro Social del suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	
Empresa donde trabaja el suscriptor	Teléfono del Trabajo	
Dirección del Trabajo		
<b>Para los Pacientes de Medicare Sólomente:</b>		
Nº del Reclamación de Seguro de Salud	Fecha Efectiva Parte A	Fecha Efectiva Parte B
<b>Otras Coberturas de Seguro del Paciente</b>		
Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros	Nº del Grupo	Nº de Poliza
Dirección del Seguro	Teléfono	
Nombre del Suscriptor	Relación con Paciente	
Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento del suscriptor	
Empresa donde trabaja el Suscriptor	Teléfono del Trabajo	
Dirección del Trabajo		
<b>Medicare/Otros</b>	<b>Polizas de HMO</b>	
<input type="checkbox"/> Por la presente autorizo y solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare/ú otros beneficios de seguro a mi nombre sean pagados directamente a MemorialCare Medical Foundation para cualquier servicio médico ó quirúrgico prestado por sus grupos médicos afiliados, a mí o a un miembro de mi familia. Autorizo al titular de mi informacion médica u otra infomacion a que la libere a la Administración de la Seguridad Social, Administracion de Financiamiento de Servicios de Salud, sus agentes o portadores, o la compañía de seguros cualquier información necesaria para que este o un reclamo relacionado de beneficios de Medicare u otro seguro para determinar éstos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados. Tengo entendido que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otro partidiario que pueda ser responsable por el pago de mi tratamiento.	<input type="checkbox"/> Yo entiendo que soy elegible para beneficios en o a partir de la fecha ____/____/____ mediante mi póliza de HMO. Tengo entendido que mi IPA/grupo médico elegido para mis beneficios es un grupo médico afiliado con MemorialCare Medical Foundation mencionado anteriormente. Estoy consciente de que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona responsable financieramente por mí) soy responsable de todos los cargos relacionados con los servicios proporcionados. Estoy de acuerdo en que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona responsable financieramente por mí), pagará la totalidad de estos cargos.	
_____ Firma del paciente /Parte Responsable	_____ Fecha	
_____ Nombre del Paciente/Parte Responsable (por favor en letra de imprenta)	_____ Relación con Paciente	



N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

## Comunicarse con usted

Para comunicarnos con usted acerca de su información médica, le solicitamos que complete este formulario identificando las mejores formas de proporcionarle su información confidencial. **Podemos comunicarnos con usted por correo postal, correo electrónico, mensaje de texto y/o teléfono.**

**Por favor, marque todas las casillas que dan permiso a MemorialCare para comunicarse con usted:**

- Teléfono: Número de Teléfono: \_\_\_\_\_
- Teléfono móvil/texto: Número de Teléfono: \_\_\_\_\_
- Mensaje/Correo de Voz: Número de Teléfono: \_\_\_\_\_
- Correo: \_\_\_\_\_
- Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
- MyChart: \_\_\_\_\_

**Indique a las personas que le gustaría que tuvieran acceso a su información de facturación, sobre citas o de salud, como sus padres, cónyuge, cuidadores u otro familiar. Pediremos un consentimiento adicional antes de revelar información relacionada con servicios psiquiátricos o los resultados de una prueba de VIH.**

Nombre	Número de Teléfono	Relación	Opciones
1.			<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información sobre citas <input type="checkbox"/> Información de salud o médica
2.			<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información sobre citas <input type="checkbox"/> Información de salud o médica
3.			<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información sobre citas <input type="checkbox"/> Información de salud o médica
4.			<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información sobre citas <input type="checkbox"/> Información de salud o médica

**Esta solicitud reemplaza cualquier solicitud anterior para comunicar información que pueda haber hecho.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/parte responsable (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar atención médica y servicios de alta calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le exigimos que usted lea y acepte antes de iniciar cualquier tratamiento.

- Por favor, entiendan que el pago de su factura es considerada como parte de su tratamiento. Los honorarios deben ser pagados al obtener los servicios. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros pre-aprobados en los cuales somos proveedores contratados y somos además el proveedor primario designado, si viene al caso.
- Es su responsabilidad saber cuáles son sus propios beneficios del seguro médico, incluso la cuestión de si somos un proveedor médico bajo contrato con su compañía de seguros, beneficios cubiertos y las exclusiones de su póliza de seguro, y cualquier pre-requisito para la autorización de su compañía de seguros.
- Nosotros trataremos de confirmar el alcance de su cobertura antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar la exacta información del seguro, incluidas todas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si Ud. no proporciona esta información, usted será responsable del monto total de la factura.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros le facturaremos a su compañía de seguros en primer lugar, menos cualquier copago(s) o deducible(s), y, después de eso, el resto será su responsabilidad. Este proceso generalmente toma entre 45-60 días desde el momento en que la reclamación es recibida por la compañía de seguros.
- Si no tenemos un contrato con su compañía de seguros, Ud. es responsable por el monto total de todos los servicios prestados al final de su visita. Nosotros le proporcionaremos un recibo que se puede presentar a su compañía de seguros para reembolso.
- Comprobante de pago y ID con foto son requeridos para todos los pacientes. Nosotros pediremos hacer una copia de su ID y tarjeta de seguro para nuestros registros. El proporcionarnos con una copia de su tarjeta de seguros no confirma que su seguro esta vigente ni que los servicios prestados serán cubiertos por su seguro.
- Por favor, entiendan que algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos y co-pagos más altos y beneficios anuales limitados. Si recibe servicios que forman parte de una red “out of network”, su proporción debida del monto total puede que sea mas de lo que Ud. pagaría en “in network”.

He leído la información acerca de la responsabilidad financiera antes indicada, y mi firma abajo sirve como reconocimiento a una clara comprensión de mi responsabilidad financiera. Yo entiendo que si mi compañía de seguros me niega la cobertura y/o el pago por servicios prestados, yo asumo la responsabilidad financiera y pagare todos los gastos en su totalidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente /Parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/Parte responsable  
(por favor en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con paciente





## Acuse de recibo

Solo con fines informativos, aquí damos un enlace a la página web federal de Open Payments de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Physician Payments Sunshine Act (Ley Sunshine de pagos a médicos) exige que el público tenga acceso a información detallada sobre ciertos pagos, incluyendo aquellos por un valor superior a diez dólares (\$10) que hacen fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios. La base de datos de Open Payments es una herramienta federal que se usa para buscar los pagos hechos por las compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. La puede encontrar en línea en [openpaymentsdata.cms.gov](https://openpaymentsdata.cms.gov)

Su nombre y firma en este formulario indican que le avisaron sobre la herramienta de búsqueda de Open Payments de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Si tiene alguna pregunta sobre el programa Open Payments, envíe un email al servicio de asistencia a [openpayments@cms.hhs.gov](mailto:openpayments@cms.hhs.gov). Para obtener asistencia en vivo, llame al servicio de asistencia de Open Payments al 1-855-326-8366.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Hora de recepción: \_\_\_\_\_



## NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A TAL INFORMACIÓN.**

**FAVOR DE LEERLA CUIDADOSAMENTE.**

---

### **¿Quiénes cumplirán con esta Notificación?**

MemorialCare (“**MemorialCare**” o “**nosotros**”), a través de sus hospitales e instalaciones afiliados (“**instalación MemorialCare**”) y los empleados y personal de cada instalación MemorialCare, proporciona cuidado médico a los pacientes, junto con otros proveedores de cuidado médico y otras organizaciones. Esta notificación es pertinente para las siguientes personas y entidades, quienes están de acuerdo en cumplir con esta Notificación:

- Cada instalación de MemorialCare, así como todo empleado de MemorialCare, personal y otras personas, quienes podrían necesitar acceso a su información para realizar las funciones de su trabajo.
- Miembros del personal médico de cada instalación MemorialCare, además de otros profesionales de salud quienes proporcionan servicios de cuidado de salud en una instalación MemorialCare.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitimos ayudarle mientras usted reciba atención médica

Esta notificación es pertinente a todo expediente relacionado a la atención médica que se le proporciona en una instalación MemorialCare y generado por la instalación MemorialCare pertinente, sea por el personal de MemorialCare o su proveedor de cuidado de salud personal. Su proveedor de cuidado de salud personal puede tener distintas políticas o notificaciones respecto al uso y la divulgación de la información médica que se genera o mantiene en el consultorio o clínica de dicho proveedor de cuidado de salud. Usted debe revisar la notificación de su proveedor de cuidado de salud para la información acerca de cómo su proveedor de cuidado de salud manejará su información médica fuera de las instalaciones de MemorialCare.

### **Nuestra promesa respecto a la información médica**

Entendemos que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Es importante proteger su información médica. Creamos un expediente de la atención y los servicios que usted recibe mientras está bajo nuestro cuidado. Necesitamos este expediente para proporcionarle el cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos regulatorios. Esta Notificación le informa sobre las maneras en las que podemos usar y divulgar su información médica. Esta Notificación también describe sus derechos, y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y la divulgación de su información médica. La ley nos obliga a:

- Mantener privada la información que lo identifica;
- Entregarle esta Notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a su información médica; y
- Cumplir con los términos de la Notificación que actualmente está en vigor

### **¿Cómo podemos usar y divulgar su información médica?**

Las siguientes categorías describen las varias maneras que usamos y divulgamos la información médica. En cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que significa y trataremos de dar algunos ejemplos. No se incluirá cada uso o divulgación en cada categoría. Sin embargo, todas las maneras que podemos usar y divulgar información quedan dentro de una de las categorías

**Tratamiento.** Podemos usar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a los proveedores de cuidado de salud quienes participan en su cuidado. Por ejemplo, es posible que un médico que lo atienda por una pierna fracturada necesite saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede aplazar el proceso de sanación. Además, es posible que el médico necesite informarle al dietista si usted tiene diabetes para hacer arreglos para las comidas adecuadas. Varios profesionales de cuidado de salud dentro de las instalaciones de MemorialCare también pueden compartir su información médica para poder coordinar las varias cosas que usted necesita, tales como recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar su información médica fuera de las instalaciones de MemorialCare donde recibió tratamiento a las personas quienes pueden estar participando en su atención médica después de que usted salga de una instalación MemorialCare.

**Pago.** Podemos usar y divulgar su información médica para que la factura por el tratamiento y los servicios que recibe pueda enviarse a, y el pago pueda recibirse de, usted, una compañía aseguradora o un tercero. Por ejemplo, es posible que tengamos que brindar información a su plan de seguro médico acerca de una cirugía que usted recibió en una instalación de MemorialCare para que su plan de seguro médico nos pague o le reembolse a usted por la cirugía. También es posible que informemos a su plan de seguro médico de un tratamiento que usted recibirá para obtener autorización de antemano o para determinar si su seguro médico cubrirá el tratamiento.

**Gestión de cuidado de salud.** Podemos usar y divulgar su información médica para nuestra gestión de cuidado de salud. Tales usos y divulgaciones son necesarios para asegurar que todos nuestros pacientes reciban el cuidado de calidad y para la administración de cada instalación MemorialCare. Por ejemplo, es posible que usemos información médica para repasar nuestros tratamientos y servicios para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado que le brindaron. Es posible también que divulguemos información a médicos enfermeras, técnicos, estudiantes médicos, y otro personal con el fin de revisión y aprendizaje. Además es posible que combinemos la información médica que tenemos con información médica de otras instalaciones para comparar el trabajo que desempeñamos y para ver cómo podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos retirar de esta datos de información médica cualquier información que lo identifique para que otras personas la puedan utilizar para estudiar la atención médica y el desempeño de la atención médica sin saber la identidad de los pacientes específicos. Podemos divulgar su información médica a otro profesional de cuidado médico a quien usted ha consultado para que puedan mejorar la calidad o costo de la atención.

**Intercambio de información clínica (HIE, por sus siglas en inglés).** MemorialCare puede hacer disponible su información medica personal a un intercambio de información clínica (“HIE”) local, regional y/o nacional incluyendo, pero no limitado a la Red nacional de información de salud (“NHIN”, por sus siglas en inglés). Un HIE es una iniciativa patrocinada por el gobierno estatal y/o federal la cual proporciona un mecanismo para que los proveedores de cuidado de salud en nuestra comunidad compartan información por vía electrónica, todo a fin de mejorar la calidad del cuidado para nuestros pacientes mientras protege la confidencialidad y seguridad de su información médica. Por ejemplo, si usted recibió tratamiento en un departamento de urgencias de un hospital MemorialCare durante el fin de semana y va a seguimiento con su médico de cabecera en su consultorio la siguiente semana, el médico podría acceder y revisar su expediente del departamento de urgencias durante la consulta. Este tipo de acceso proporciona la información más actualizada a su médico acerca de su atención y tratamiento.

MemorialCare transmitirá su información médica a un HIE solamente por propósitos de tratamiento, pago, o gestión de cuidado de salud, o según exige la ley. La información de salud de individuos que actualmente por ley requiere una autorización firmada adicional para divulgarse NO SERÁ transmitida a un HIE sin su autorización o cuando de otra manera la ley u otro reglamento lo exige.

**Registro de Vacunación de California.** MemorialCare puede compartir sus expedientes de vacunación o pruebas de tuberculosis (TB, por sus siglas en inglés) con el Registro de Vacunación de California (CAIR, por sus siglas en inglés), una base de datos estatal, segura y confidencial de información de vacunación de pacientes. El CAIR es usado por profesionales de la salud, agencias y escuelas para llevar un registro de todas las vacunas y pruebas de tuberculosis que usted recibe, y puede proveer pruebas de las vacunas necesarias para empezar la inscripción a una guardería, la escuela o un nuevo

trabajo. Si usted no quiere que sus expedientes de vacunación o tuberculosis se compartan con otros usuarios del registro, favor de enviar el “Formulario para rechazar, empezar a compartir o solicitar información sobre los datos de vacunación,” por fax o correo electrónico disponible en el sitio Internet CAIR al <http://cairweb.org/cair-forms/>, al departamento técnico de CAIR al 1-888-436-8320 o a [CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov](mailto:CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov).

**Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle de una cita para recibir tratamiento o atención médica en una instalación MemorialCare.

**Alternativas al tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían ser de interés para usted.

**Beneficios y servicios relacionados a la salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle de beneficios o servicios relacionados a la salud que podrían ser de interés para usted.

**Directorio de la instalación.** Podemos incluir cierta información limitada de usted en el directorio de las instalaciones de un hospital MemorialCare mientras usted sea paciente en ese hospital. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital y su condición general (por ejemplo, aceptable, bien, etc.). A menos que proporcione una petición específica por escrito que indique lo contrario, esta información del directorio también puede ser divulgada a las personas que pregunten por usted por su nombre. Esta información se divulga para que sus familiares y amigos puedan visitarlo en el hospital y saber cómo se encuentra en general. Si no desea ser incluido en el directorio de la instalación, favor de comunicarse al departamento de admisiones en el hospital MemorialCare donde está recibiendo tratamiento y pida que su información no sea incluida en el directorio de la instalación.

**Personas que participan en su cuidado o el pago de su cuidado; esfuerzos de ayuda en casos de catástrofe.** Podemos divulgar su información médica a un amigo o familiar quien participa en su cuidado. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar su cuidado. A menos que usted haya presentado una petición específica por escrito que indique lo contrario, también podemos informarles a sus familiares o amigos de su condición médica. Además, podemos divulgar su información médica a una entidad que ayuda en casos de catástrofe para que su familia pueda informarse de su condición médica, estado y ubicación.

**Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación podría implicar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con la de aquellos que recibieron otro medicamento para la misma afección. Sin embargo, todos los proyectos investigativos, son sujetos a un proceso especial de autorización. Este proceso evalúa un proyecto investigativo propuesto y su uso de información médica, tratando de balancear las necesidades de la investigación con la necesidad de la confidencialidad de la información médica de los pacientes. Antes de que usemos o revelemos información médica para una investigación, el proyecto ya habrá sido aprobado por medio de este proceso de aprobación de investigación, pero podríamos revelar información médica acerca de usted a personas que se están preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando ellos no conserven la información médica que revisen. Casi siempre vamos a pedir un permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, domicilio u otra información que revela su identidad, o si el investigador participará en su cuidado en la instalación MemorialCare.

**Socios del negocio.** Nuestra organización recibe algunos servicios mediante contratos con organizaciones no afiliadas, también conocidas como socios de negocio. Algunos ejemplos incluyen servicios de facturación para entregar su reclamación a la compañía aseguradora para el pago, servicios de transcripción para transcribir los informes dictados por los profesionales de cuidado de salud que le atendieron en el hospital y servicios de copias para hacer copias de su expediente clínico. Cuando estos servicios se llevan a cabo por un socio de negocios, podemos divulgar su información a nuestros socios de negocios para que puedan desempeñar el trabajo que les hemos pedido.

**Según exige la ley.** Divulgaremos su información médica cuando así requiere la ley federal, estatal o local.

**Evitar una grave amenaza a la salud o seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica cuando es necesario para prevenir una grave amenaza a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, sería solo a una persona que podría ayudar a prevenir la amenaza.

**Publicidad y Ventas.** La mayoría de usos y divulgaciones de información médica con fines de publicidad, y divulgaciones que constituyen la venta de información médica, requieren su autorización.

**Actividades para recaudar fondos.** Podemos usar cierta información suya (incluyendo la información demográfica y las fechas que recibió servicios) para comunicarnos con usted en el futuro para recaudar dinero para las instalaciones MemorialCare. También podemos divulgar esta misma información a nuestras fundaciones filantrópicas afiliadas con MemorialCare con el mismo fin. El dinero recaudado será usado para expandir y mejorar los servicios y programas que brindamos a la comunidad. Si usted desea que no se comuniquen con usted con fines de recaudar fondos, debe notificarle al director o gerente de la fundación en la instalación MemorialCare donde usted fue tratado. La notificación se puede hacer por escrito, incluyendo correo electrónico, por teléfono o en persona.

### **Situaciones especiales**

**Donación de órganos y tejidos.** Podemos divulgar información médica a las organizaciones que se encargan de la obtención de órganos, del trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos cuando sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.

**Fuerzas armadas y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo exijan las autoridades militares. También podemos divulgar información médica del personal militar extranjero a la fuerza armada extranjera adecuada.

**Indemnización al trabajador.** Podemos divulgar su información médica para programas de indemnización al trabajador o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo.

**Actividades de supervisión médica.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión médica por motivos de actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y acreditación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de cuidado de salud, los programas gubernamentales, y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o litigio, podemos divulgar su información médica para responder a un auto judicial o administrativo. También podemos divulgar su información médica para responder a un citatorio, una petición de exhibición de pruebas, u otro proceso legal por otra persona implicada en el litigio, pero solamente si se ha hecho esfuerzos para informarle de la petición (lo cual puede incluir una notificación por escrito) o para obtener una orden para proteger la información solicitada.

**Riesgos a la salud pública.** Podemos divulgar su información médica por motivos de actividades de salud pública. Estas actividades por lo general incluyen las siguientes:

- para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para notificar a las personas sobre productos que podrían estar usando y que han sido retirados del mercado;
- para notificar a una persona quien pudo haber estado expuesta a una enfermedad o podría estar en riesgo de contagiarse o propagar una enfermedad o afección;
- para notificar a la autoridad gubernamental adecuada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos dicha divulgación solamente si usted lo permite o cuando la ley así lo exige o autorice

- para prevenir o controlar enfermedad, lesión o discapacidad;
- para reportar los nacimientos y las muertes;
- para reportar el maltrato o la negligencia de niños, personas de la tercera edad y adultos dependientes;
- para notificar a empleados de servicios de emergencia respecto a una posible exposición al VIH/SIDA, en la medida en que sea necesario para cumplir con las leyes estatales y federales.

**Autoridades legales.** Si lo permite la ley en vigor, podemos divulgar su información médica si es requerida por un oficial de la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, orden de detención, orden de comparecencia o algún proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o a una persona desaparecida;
- referente a la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener la autorización de la persona;
- referente a una muerte que pensamos pueda ser resultado de conducta criminal;
- referente a conducta criminal en el hospital; y
- bajo circunstancias de emergencia, para reportar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas; o para identificar, describir o localizar a la persona que cometió el delito.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** Podemos divulgar información a un forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo para identificar a una persona difunta o determinar la causa de muerte. De ser necesario podemos divulgar información sobre pacientes a directores de funerarias para que lleven a cabo sus obligaciones.

**Servicios de protección presidencial, seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Podemos divulgar su información médica a oficiales federales autorizados para poder proveerle protección al presidente, a otras personas autorizadas o jefes de estados extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales, o por motivos de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Presos.** Si es preso en una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un agente del orden público, podemos divulgar su información médica a la institución penitenciaria o al agente del orden público. La divulgación sería necesaria: (1) para que la institución pueda proveerle atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para el cuidado y seguridad de la institución penitenciaria.

**Equipos de personal multidisciplinario.** Podemos divulgar la información médica a un equipo de personal multidisciplinario referente a la prevención, identificación, atención o tratamiento de un niño maltratado y el padre de este o maltrato y negligencia a una persona de la tercera edad.

**Notificación sobre otras restricciones.** Tenga presente que ciertas leyes federales o estatales pueden tener requisitos más estrictos sobre nuestro uso y divulgación de su información médica. De haber requisitos más estrictos, aun para los propósitos ya mencionados, no divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito o según lo autoricen o lo exijan dichas leyes. Por ejemplo, no divulgaremos sus resultados de la prueba del VIH sin obtener su autorización por escrito, con excepción de lo que permite la ley estatal. Podríamos vernos limitados por la ley para obtener su autorización por escrito para usar y divulgar su información referente a su tratamiento para ciertas condiciones tales como enfermedad mental o abuso de alcohol o drogas.

### **Sus derechos sobre su información médica.**

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que guardamos sobre usted:

**El derecho de inspeccionar y obtener copias.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de la información médica que tenemos sobre usted, la cual usted puede utilizar para tomar decisiones sobre su atención médica, incluyendo expedientes médicos y de facturación. Podemos negar su petición para inspeccionar y obtener copias bajo ciertas



circunstancias limitadas. Para inspeccionar y obtener copias de su información, la cual usted puede utilizar para tomar decisiones sobre su persona, debe entregar su petición por escrito al departamento de expedientes médicos en las instalaciones de MemorialCare donde recibió servicios de cuidado de la salud. Si usted solicita copias de la información, podríamos cobrar una cuota por los costos de las copias, el envío, u otros materiales asociados con su pedido.

**El derecho de enmendar.** Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que se corrija la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea guardada por o para las instalaciones de MemorialCare donde se le atendió. Para pedir que se haga una enmienda, debe presentar su petición por escrito y entregarla al departamento de expedientes médicos en las instalaciones de MemorialCare donde se le atendió. Además, debe dar una razón que apoye su petición. Podríamos negar su petición de enmienda si no la presenta por escrito o si no incluye una razón que apoye su petición. Además, podríamos negar a su petición si nos pide que corrijamos la información que:

- no fue creada por nosotros, a menos que el personal o identidad quien creo la información ya no esté disponible para hacer la corrección;
- no es parte de la información médica guardada por o para las instalaciones de MemorialCare donde se le atendió;
- no es parte de la información que usted tenga permitido inspeccionar y de la cual pueda obtener copias; o
- está correcta y completa.

Usted puede tener el derecho de pedirnos incluir un apéndice a su expediente, de no más de 250 palabras, por cada pieza de información que crea usted que está incorrecta o incompleta. Favor de entregar su petición para un apéndice al departamento de expedientes médicos en las instalaciones de MemorialCare donde se le atendió.

**El derecho a una Declaración de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una “Declaración de Divulgaciones.” Esta es una lista de divulgaciones de su información médica aparte de las divulgaciones para ciertos propósitos, tales como para el tratamiento, el pago y los operativos del cuidado de la salud, en la medida en que dichas funciones están anteriormente descritas, o divulgaciones que hayan sido explícitamente autorizadas por usted. Para solicitar esta lista o declaración de divulgaciones, debe presentar su petición por escrito al departamento de expedientes médicos en las instalaciones de MemorialCare donde se le atendió. Su petición debe especificar un periodo de tiempo, el cual no puede ser más de seis (6) años o tres (3) años dependiendo de la fecha en la que se implementaron del sistema de expedientes médicos electrónicos (EHR, siglas en inglés) en las instalaciones de MemorialCare. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses, será gratuita. Para obtener listas adicionales, podríamos cobrar el costo por proporcionarle la lista. Le avisaremos el costo y usted puede elegir retirar o modificar su petición en cualquier momento antes de incurrir algún costo.

Además, después de una violación a su información de salud protegida sin garantía, se lo notificaremos según lo disponga la ley.

**El derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a la información de salud que usamos o divulgamos referente a usted con respecto al tratamiento, pago o con propósitos relacionados con operativos del cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho de solicitar que se limite la información médica acerca de usted que se divulga a otras personas involucradas en su cuidado o el pago por su cuidado, tales como un familiar o amigo. No estamos obligados a aceptar su petición, con la excepción de que usted, o alguien en representación suya, (que no sea el plan de la salud o la aseguradora) pagó de su bolsillo por un artículo o servicio, usted tiene el derecho de pedir que la información médica relacionada con ese artículo o servicio no se divulgue a un plan de seguro médico con propósito de pago u operaciones de cuidado de salud. Aunque usted solicite esta restricción especial, podemos divulgar la información a un plan de salud o a una aseguradora con el propósito de atenderlo. Si aceptamos otra restricción especial, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proporcionarle atención de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe presentar su petición por escrito al departamento de expedientes médicos en las instalaciones de MemorialCare donde lo atendieron. Su petición debe incluir (1) la información que quiere limitar; (2) si usted quiere limitar cómo usamos o divulgamos su información, o ambas cosas; y (3) a quien quiere que se le apliquen dichas limitaciones.

**El derecho de solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar cómo y donde nos comunicamos con usted. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted únicamente a su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su petición por escrito al departamento de expedientes médicos en las instalaciones de MemorialCare donde se acude a recibir atención médica. No le pediremos el motivo de su petición. Cumpliremos con toda la petición razonable. Su petición debe especificar cómo y a dónde quiere que nos comuniquemos con usted.

**El derecho a autorizar o a rehusarse a autorizar otros usos y divulgaciones de información médica.** Cualquier otro uso o divulgación de información médica que no se haya mencionado en esta notificación o en las leyes que nos rigen, se hará únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza el utilizar y divulgar su información médica, usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito. Si usted revoca su autorización, no usaremos ni divulgaremos su información médica de acuerdo a las razones estipuladas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podremos retractar las divulgaciones hechas previamente con su autorización y que estamos obligados a mantener nuestros expedientes de la atención que le brindamos.

**El derecho de una copia por escrito de esta notificación.** Usted tiene el derecho a una copia por escrito de esta notificación. Aunque usted haya aceptado el recibir esta notificación electrónicamente, igualmente tiene derecho a recibirla por escrito. Puede obtener una copia de esta notificación en nuestra página de internet ([www.memorialcare.org](http://www.memorialcare.org)). Esta notificación también está disponible por escrito en el departamento de admisiones o en los mostradores de registro de todas las instalaciones de MemorialCare.

### **Cambios a esta notificación**

Nos reservamos el derecho de hacer cambios a esta notificación. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia la notificación actualizada o modificada sobre la información médica que ya tenemos sobre usted, además de cualquier información que obtengamos en el futuro. Publicaremos una copia de la notificación actual en cada una de las instalaciones de MemorialCare, al igual que en nuestra página de internet ([www.memorialcare.org](http://www.memorialcare.org)). La notificación tendrá la fecha de vigencia, al pie de la primera página, del lado izquierdo.

### **Quejas**

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros y ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para más información sobre cómo presentar una queja ante nosotros, comuníquese con el Oficial Principal de Cumplimiento y Privacidad de MemorialCare al (714) 377-3218 para información sobre cómo presentar su queja. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No tomaremos ninguna acción en contra de usted, ni tampoco será sancionado por presentar una queja.

### **Las instalaciones de MemorialCare amparadas por esta notificación**

La lista de instalaciones de MemorialCare (MC) amparadas por esta notificación se encuentra en [www.memorialcare.org](http://www.memorialcare.org) o se puede obtener comunicándose con el Oficial Principal de Cumplimiento al domicilio o al número telefónico que aparece a continuación.

### **Información de contacto del Oficial Principal de Cumplimiento y Privacidad de MC**

Chief Compliance Officer/Privacy Officer

MemorialCare

17360 Brookhurst Avenue

Fountain Valley, CA 92708

Teléfono (714) 377-3218

Fax (714) 377-3225