

Consentimiento General Del Paciente



Consentimiento para Tratamiento

Por la presente, doy mi consentimiento de forma voluntaria a todos los servicios de atención médica ordenados/proporcionados por los proveedores de AccessHealth en los centros de servicio de AccessHealth. El servicio de atención médica puede incluir, sin limitación, evaluación física y mental de rutina; pruebas y procedimientos de diagnóstico y monitoreo; exámenes y tratamiento médico y/o dental; procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios de imágenes; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos ordenados por los proveedores de atención médica del centro. Los servicios de atención médica también pueden incluir el asesoramiento necesario para recibir los servicios adecuados, incluida la planificación familiar (según lo definen las leyes y los reglamentos federales).



Doy mi consentimiento para recibir referencias a programas administrados por AccessHealth y/o socios/agencias externas que aborden necesidades sociales y médicas fuera de la atención clínica según lo recomendado por mi proveedor y equipo de atención en base a diagnósticos/recomendaciones para condiciones de salud médicas y no médicas, que puede incluir necesidades sociales de salud y/o manejo de enfermedades crónicas.

Doy mi consentimiento a exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenados por el proveedor de atención médica, que pueden incluir análisis de sangre para enfermedades como la hepatitis y el VIH SIDA.

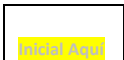
Entiendo que doy mi consentimiento para que se administren las vacunas de acuerdo con la recomendación de mi proveedor, a menos que decida negarme en este momento.

Entiendo que si se firma este consentimiento en nombre de un menor, se me puede solicitar que firme un formulario de consentimiento paterno por separado para que el menor pueda recibir servicios de planificación familiar.

Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y mi consentimiento es dado entendiéndolo.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece vigente hasta que retire mi consentimiento, lo que puede hacerse por escrito en cualquier momento o hasta que el centro cambie sus servicios y me pida que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Entiendo que si se firma este consentimiento en nombre de un menor, este consentimiento será válido hasta que el menor cumpla 18 años, momento en el cual el menor debe dar su consentimiento para los servicios en su propio nombre.



Consent Provisions

Mis iniciales en este formulario indican que:

1. Certifico que he leído y entiendo completamente el precedente consentimiento y que los datos indicados anteriormente son verdaderos.
2. Me doy cuenta de que aunque se harán todos los esfuerzos para mantener todos los riesgos y efectos secundarios al mínimo, los riesgos, los efectos secundarios y las complicaciones pueden ser impredecibles ambos en la naturaleza como en la gravedad.
3. Entiendo que Médicos Residentes pueden estar involucrados en el tratamiento y doy mi consentimiento al respecto.
4. Entiendo que los proveedores de nivel medio (Médicos Asociados y Enfermeras Registradas de Práctica Avanzada) pueden estar involucrados en el tratamiento y doy mi consentimiento para ello.
5. Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento por separado para ciertos tratamientos que así lo requieren.
6. Por la presente, doy voluntariamente mi consentimiento para tratamiento en AccessHealth.

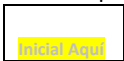


Consentimiento para Facturar Seguridad y Colectar el Pago

Entiendo y acepto que la cobertura de seguro de salud, dental o mental es un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Entiendo que AccessHealth preparará los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar cobros de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada se pagará directamente a AccessHealth. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios que se me proporcionan se cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago. Autorizo a AccessHealth a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mis enfermedades y tratamientos.

Reconozco mi responsabilidad de pagar por esa atención médica según los honorarios establecidos.

En caso de que el paciente sea menor de edad, soy el padre y / o tutor de dicho paciente y acepto que soy responsable de todos los servicios proporcionados al paciente.



Consentimiento para recibir mensajes de texto y correos electrónicos de AccessHealth

Entiendo que puedo recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos que ayuden en la prestación de servicios de atención médica, incluidos, entre otros, recordatorios de citas y referencias a servicios sociales.

Introducción

HIPAA Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Recibí una copia del "Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente" de AccessHealth. Este aviso detalla los diversos derechos que se me otorgan a mí, el paciente, bajo la ley de HIPAA.

Introducción

Consentimiento para divulgar información

¿Podemos divulgar los resultados de la prueba o la información de la cita a otra persona que no sea usted (cónyuge, hijo)? Marca uno:

Sí

No

En caso afirmativo, indique el nombre y apellido y la relación con usted:

Nombre

Relación

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Introducción

Consentimiento para Accesar el Historial de Prescripciones

Doy permiso para que mi proveedor médico vea todas las recetas surtidas en otras farmacias usando mi receta actual.

Introducción

Autorizo la divulgación de mi información de Salud Protegida (PHI) para proporcionar tratamiento, reembolso de terceros o fines de auditoria por parte de programas estatales, federales o institucionales. Esto puede incluir programas de asistencia al paciente con medicamentos o cualquier tercero contratado para administrar estos programas. Esta autorización estará vigente mientras participe en este programa de asistencia. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a mi clínica o centro de salud.

Nombre Impreso del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Relación con el Paciente

X _____

Firma del Paciente / Tutor o Apoderado

Fecha

Introducción

Consentimiento para que Persona Alternativa traiga un Niño Menor a una Cita
(Dejar en blanco si no es aplicable)

Entiendo que yo, padre / tutor, debo llevar a mi hijo a la primera cita con un proveedor de AccessHealth, a fin de brindar un historial médico completo. Después de la primera visita, doy permiso para que las siguientes personas traigan a mi hijo a AccessHealth para recibir tratamiento. Entiendo que al dar permiso para que esta persona(s) lleve a mi hijo a su cita, la persona(s) está completamente autorizada para dar el consentimiento al tratamiento prescrito por el proveedor de AccessHealth.

Personas Alternativas que pueden traer al niño a AccessHealth para recibir tratamiento:

Nombre

Relación

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Intérprete/Traductor para completar cuando corresponda:

He leído/traducido con precisión y en su totalidad el documento anterior al idioma principal del paciente o del representante legal del paciente (enumerado a continuación). Él/ella entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo y consentimiento para ser firmado por el documento en mi presencia.

Nombre impreso del paciente

Idioma principal del paciente

Nombre impreso del intérprete / traductor

X _____

Firma del intérprete / traductor

Fecha

Solo para uso de la oficina

Printed Name of AccessHealth Representative

X _____
Signature of AccessHealth Representative

Date

Derechos Y Responsabilidades del Paciente Y del Centro

Bienvenidos a AccessHealth. Nuestra meta es proveer la asistencia médica a personas elegibles en esta comunidad, a pesar de su capacidad de pagar. Si nosotros estamos matriculando pacientes nuevos, puede ser que usted sea elegible para ser nuestro paciente. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. Nosotros también tenemos derechos y responsabilidades. Nosotros queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que usted pueda ayudarnos a proveerle mejor asistencia médica. Por favor, lea esta declaración y háganos cualquier pregunta que usted tenga.

Derechos Humanos:

1. Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y dignidad a pesar de su raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, filiación política o capacidad de pagar por los servicios.

Pago por Servicios:

2. Usted está requerido completar el proceso de registrarse para determinar si usted es elegible para descuento en los precios de servicios. Usted es responsable de darnos su información exacta sobre su situación económica y sobre cualquier cambio en su situación económica. Nosotros necesitamos esta información para decidir cuanto cobrarle a usted y/o para que podamos pasarle la cuenta a un seguro privado, a Medicaid, a Medicare y/o a otros beneficios para los cuales usted es elegible.
3. Usted tiene el derecho de recibir explicaciones de su cuenta. Debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todos los honorarios acordados por servicios médicos o dentales como es requerido por nuestra póliza.
4. La ley federal nos prohíbe que le neguemos a usted la asistencia médica primaria, la cual es necesaria para su bienestar, solo si usted no puede pagar por estos servicios. Pero usted es responsable por su cuenta y necesita actuar de buena fe y hacer un acuerdo para pagar por los servicios recibidos.

Privacidad:

5. Usted tiene el derecho de tener sus entrevistas, exámenes, y tratamiento en privado. Su archivo medical también es privado. Solo personas autorizadas legalmente pueden ver sus archivos, a menos que usted pida por escrito que se los enseñemos a otra persona. Una explicación completa de sus derechos de privacidad, "Aviso de Derechos de Privacidad de los Clientes," esta adjunto a este documento. Al firmar este documento, usted indica que ha recibido este Aviso. Este Aviso explica en detalle los derechos que usted tiene por el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Asistencia Médica:

6. Usted es responsable de proveer a nosotros información completa y actual sobre su salud o enfermedad, para que nosotros podamos darle asistencia médica apropiada. Usted tiene el derecho, y le aconsejamos que participe en las decisiones sobre su tratamiento.
7. Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que entiende. Usted tiene el derecho de recibir información sobre su salud o enfermedad, tratamiento (incluyendo los riesgos) y los resultados esperados, si se saben. Si usted no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esa información con usted, nosotros se la proveeremos a una persona autorizada legalmente.
8. Usted tiene el derecho de recibir información sobre Advance Directives. En este momento le gustaría información sobre Advance Directives? **Si** **No** es si adicional información será provista a usted. Si usted dice que no, usted puede solicitar esta información en otro tiempo.
9. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer citas y cumplirlas, y pedir una visita sin haber hecho una cita solo cuando usted está enfermo. Nosotros quizás no podamos verle a menos que tenga una cita. Si usted no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, díganoslo para que nosotros podamos ayudarle.
10. Si usted es un adulto, tiene el derecho de rechazar tratamiento hasta el punto permitido por la ley, y de estar informado de los riesgos de rechazar tal asistencia. Usted es responsable de los resultados y de rechazar le tratamiento.
11. Usted tiene el derecho de recibir asistencia médica y tratamiento que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad. Usted tiene el derecho de ser transferido o referido a otro centro para servicios médicos y no médicos que nosotros no podemos proveer. Pero, AccessHealth no es requerido pagar por servicios que usted consigue en otra parte. Nota: AccessHealth no es un centro de emergencia.
12. Si usted está adolorido, tiene el derecho de recibir una evaluación y tratamiento apropiado, como sea necesario.

Reglas de AccessHealth:

13. Al igual que con cualquier organización, AccessHealth tiene reglas para el uso de nuestros servicios. Los pacientes son responsables de comprender las reglas y utilizar nuestros servicios de manera adecuada. Los bienes o servicios de AccessHealth no se pueden abusar y se espera que todos los pacientes traten a nuestros empleados e instalaciones con respeto. Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.
14. Los padres son responsables de la supervisión de los niños que trajeron con ellos a AccessHealth. Usted es responsable de la seguridad de los niños y la protección de otros clientes y nuestra propiedad. Por favor no dejes a tus hijos desatendidos.
15. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con sus citas programadas. Las citas programadas perdidas causan un retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si no mantiene las citas programadas por tres (3) veces consecutivas, se le notificará cuando intente programar su próxima cita. Después de su tercera cita perdida, no se le permitirá programar otra cita hasta seis meses después de su última cita perdida. Solamente será visto de manera "sin cita previa" para los servicios de atención de urgencia o a solicitud de su proveedor. Las citas perdidas adicionales pueden llevar a la terminación de los servicios.

Quejas:

16. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, díganoslo. Nosotros queremos sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. Nosotros le diremos a usted como se hace un reclamo. Formas de Client Suggestions/ Complaint que están completas serán revisadas por el apropiado supervisor. Usted recibirá una respuesta por correo o teléfono sobre los resultados de su sugerencia. Si no está satisfecho con la forma en que manejamos su reclamo, puede presentar un reclamo ante el Director Ejecutivo de AccessHealth.
17. En ningún momento su queja afectará la atención que tiene derecho a recibir.

Terminación:

18. AccessHealth puede decidir dejar de tratarlo como uno de sus pacientes. Si nosotros dejamos de tratarlo como paciente, usted tiene el derecho de recibir un aviso con anticipación que explica la razón por la decisión, se le dará a usted 30 días para encontrar otros servicios médicos. Después de la notificación de terminación nosotros solamente le proveeremos cuidado urgente por un periodo de 30 días mientras que usted busca un Nuevo proveedor. Nosotros podemos decidir dejar de tratarlo a usted inmediatamente y sin aviso previo si usted ha creado una amenaza a la seguridad del personal y/o otros clientes. Usted también tiene el derecho de recibir una copia de las normas de terminación de AccessHealth. Otras razones por las cuales nosotros podemos dejar de verlo a usted incluyen:
 - a. **No obedecer las reglas de AccessHealth's,**
 - b. **No decirnos intencionalmente información correcta sobre su salud,**
 - c. **No seguir intencionalmente el programa de asistencia médica, tal como instrucciones sobre tomar medicamentos, costumbres personales de salud, u otras citas, recomendadas por su proveedor,**
 - d. **Crear una amenaza a la seguridad del personal y/o de otros clientes, y/o**
 - e. **No decirnos intencionalmente su situación económica correcta.**
19. Si nosotros le hemos dado a usted un aviso de terminación usted tiene el derecho de apelar la decisión a la junta directiva de AccessHealth's dentro de 30 días de haber recibido el aviso.

<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">X</p> <p style="background-color: yellow; font-weight: bold; margin: 0;">Firma del Paciente / Tutor o Apoderado</p>	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">X</p> <p style="background-color: yellow; font-weight: bold; margin: 0;">Firma del Representante de AccessHealth</p>
---	--

Fecha

Fecha

Autorización del paciente para Healthconnect en Greater Houston

AccessHealth miembro de Healthconnect, una organización sin fines de lucro que provee una red electrónica segura para que sus miembros, entre los que se cuentan consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y pagadores de reclamos de salud tales como las compañías aseguradoras, puedan compartir su Información Médica Protegida (PHI) de manera confiable. La página www.ghhconnect.org contiene una lista actualizada de los miembros de Healthconnect. Cuando Ud. se hace miembro de Healthconnect, los médicos pueden acceder a su PHI por medios electrónicos y utilizarla mientras Usted. está en tratamiento.

Healthconnect no determina quien tiene acceso a sus registros pero permite que su información sea compartida de otra forma. Todos los miembros de Healthconnect deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales.

Si Ud. decide no afiliarse a Healthconnect, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.

Al firmar esta autorización, Ud. está de acuerdo con que Healthconnect y sus miembros actuales y futuros utilicen y divulguen de manera electrónica su Información Médica Protegida solo en casos de actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. Usted entiende que Healthconnect puede conectarse con otros miembros para intercambiar Información Médica en Tejas y el resto del país los cuales también deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Ud. también autoriza a Healthconnect para que comparta su información con otros miembros con los mismos fines limitados. La información médica que puede ser compartida a través de Healthconnect comprende:

- Diagnósticos (síntomas o enfermedades)
- Resúmenes de tratamientos clínicos y copias de documentos de sus registros
- Resultados de exámenes de laboratorio, rayos X y otros exámenes
- Medicinas (actuales y anteriores)
- Información personal tales como nombre, dirección, número de teléfono, género, etnicidad y edad
- Nombres de proveedores de salud y fechas de servicios
- Tratamientos de salud mental, abuso de drogas y bebidas alcohólicas
- Tratamientos y resultados de exámenes sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/HIV(AIDS)
- Tratamiento y resultados de exámenes de Hepatitis B o C
- Tratamiento y resultados de exámenes genéticos
- Información de genoma en caso de ser proporcionada
- Historia médica familiar en caso de ser proporcionada

Esta autorización es válida hasta que Ud. la cancele. Puede cancelarla en cualquier momento notificándolo por escrito a cualquiera de los proveedores de salud miembros de Healthconnect. La cancelación tendrá efecto a los tres (3) días de su notificación. Ud. entiende que esta cancelación no altera ninguna Información Médica Protegida previamente intercambiada mientras su autorización estaba vigente.

Marca uno:

SÍ	<p>Megustaría participar en el Healthconnect en Greater Houston.</p> <p>Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente/Guardián: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Nombre (si no es el paciente): _____ Parentesco con el paciente: _____</p>
NO	<p>No deseo participar en el Healthconnect en Greater Houston en este momento.</p> <p>Escriba sus iniciales si Ud. no desea que sus proveedores vean sus registros a través de Healthconnect.</p> <p>_____</p>

Citas y Politicas para los Pacientes Ausentes

Accesshealth esta comprometido a proveer atencion medica a todos sus pacientes. Comprendemos que haysituaciones en las cuales los pacientes nesecitan cancelar su cita. Poreso le solicitamos cancelar su cita con un minimo de 24 horas de anticipacion. Esto le permitira a otro paciente en espera de cita, utilizar el espacio que usted deja disponible. Si la cancelaciones se hacen con menos de 24 horas de anticipacion, no le podemos ofreser ese espacio a otro paciente en espera de cita. Los pacientes que no se presentan ni cancelan su cita se consideran **AUSENTES**.

Se considera **AUSENTE** al paciente que falla en presentarse a su cita programada o que llega mas de 15 minutos tarde. A los pacientes se les informa que deben llegar 30 miutos antes de su cita para que tengansuficiente tiempo para estacionarse, registrarse y llenar papeles.

Si en paciente esta retrasado y no puede llegar a tiempo a su cita, debe llamar para avisar de su situacion y suministrar el tiempo aproximado de llegada. Cualquier retraso significativo provoca que el paciente deba esperar la siguiente cita disponible, que podria ser con un proveedor diferernte. Si ninguno esta disponible, se leprogramara otra cita.

En el caso de que el paciente tenga una circunstancia especial con respecto a una cita perdida, debe contactaral administrador de Acceso del paciente o al administrador del sitio. Sabemos que hay sircuntancias mas alladel control del paciente y queremos comprender esas sircunsancias especiales.

A los pacientes ausentes de sus citas 3 o mas veces en un periodo de 12 meses no se les permitira programar citas por un period de 6 meses. Estos pacientes tendran la opcion de seguir viendo a sus proveedores solamente sin cita. Si no hay cupo cuando llega, haremos le que este en nuestro alcance para acomodarle con su proveedorprincipal (PCP). Las companias aseguradoras requieren que el paciente se atienda con el proveedor primario deservicios que se le ha asignado. El paciente tambien puede esperar que se abra una oportunidad con otro proveedor programado, pero tendra que pagar el precio completo. Un paciente que llega sin cita no tiene garantizada la atencion para ese mismo dia. Los pacientes que no requieren tener un proveedor primario de servicios (PCP), pueden esperar ser atendidos por otro proveedor.

Cuando asen una cita, los pacientes adultos pueden escoger entre una cita de paciente sano o enfermo, ya que las dos no se pueden acomodar en el mismo dia, debido a que el seguro del paciente a menudo no pagara por las doscitas. Solo pacientes pediatricos pueden tener las dos citas el mismo dia.

Debido ala naturaleza de las practicas medicas basadas en seguros, les solicitamos a los pacientes que limiten susproblemas medicos a **1 TO 2 QUEJAS solamente**. Si el paciente tiene mas quejas medicas que deben ser atendidas, debe informarle al personal cuando pide cita. Los proveedores podrian pedirle que regrese a citas de seguimiento para resolver otros problemas medicos. Las citas multiples para varios miembros de la familia debenprogramarse con anticipacion. Los miembros de la familia que estan presentes al momento de la cita, pero no estan programados, deben hacer una cita para otra ocasion. Hasta **3 miembros** de familia de una familia puedenprogramar citas ala vez.

Yo he leído y recibido un a copia de “Las Citas y Politicas para Pacientes Ausentes de AccessHealth”

X	X
Nombre impreso del Paciente / Tutor o Apoderado	Firma del Representante de AccessHealth

Fecha

Fecha

Consentimiento de Notificación del Portal del Paciente y Acuerdo del Usuario

AccessHealth ofrece a nuestros pacientes, como cortesía y un servicio opcional, el uso de un portal seguro de la página web ("Portal del Paciente"). Este Portal para Pacientes permite a nuestros pacientes acceder a su información de salud en línea! Los pacientes también pueden solicitar citas, enviar cambios/actualizaciones a su información demográfica y comunicarse con el personal de AccessHealth a través del Portal del Paciente. El uso del Portal del Paciente está restringido a pacientes actuales y está sujeto a todos los términos y condiciones de las Políticas y Procedimientos del Portal del Paciente del Centro.

Propósito de este Formulario

Fort Bend Family Health Center, Inc., d/b/a AccessHealth ofrece una manera segura para que los pacientes vean ciertas partes de su información de salud mantenida en un registro de salud electrónico y para comunicarse con su médico y el personal de la oficina. Si bien los mensajes seguros pueden ser una herramienta de comunicación valiosa, tiene ciertos riesgos. Para manejar estos riesgos, existen algunas condiciones de participación. Este formulario está destinado a documentar que se le ha informado sobre estos riesgos y condiciones de participación, que acepta los riesgos, y que acepta las condiciones de participación y las Políticas y Procedimientos del Portal del Paciente del Centro.

Cómo funciona el Portal Seguro para Pacientes

Un portal web seguro es un tipo de página web que usa encriptación para evitar que personas no autorizadas lean comunicaciones, información o archivos. La información y los mensajes seguros solo pueden ser leídos por alguien que conoce el ID de usuario y la Contraseña correcta para iniciar sesión en la aplicación del Portal del Paciente.

Cómo participar en nuestro Portal para Pacientes

1. Una vez que se haya aceptado y firmado este formulario, le enviaremos una notificación por correo electrónico que le explicará cómo registrarse y obtener acceso al Portal del Paciente por primera vez. Esta notificación le proporcionará el URL (dirección de Internet) del sitio web donde puede iniciar sesión utilizando el nombre de usuario y la contraseña temporal proporcionados.
2. Después se le pedirá que cambie su contraseña a una de su preferencia personal.
3. Podrá ver su mensaje en la bandeja de entrada y ver cualquier mensaje actual, o puede ver, descargar o imprimir contenido específico de su registro de salud electrónico. La información que ve en su computadora es segura y está encriptada en la transmisión entre el sitio web del Portal del Paciente y su computadora.
4. Puede acceder al Portal del Paciente directamente a través del sitio web de AccessHealth en: www.myaccesshealth.org

Protegiendo su Información de Salud Privada y Riesgos

La encriptación evita que personas no autorizadas puedan acceder o leer mensajes mientras están en transmisión. Sin embargo, mantener su información y mensajes seguros depende de factores adicionales:

- Los mensajes seguros deben llegar a la dirección de correo electrónico correcta
- Solo usted (o alguien que haya autorizado) debe poder acceder a su correo electrónico, ID de usuario del Portal o Contraseña.
- No archive, envíe ni acceda a mensajes en una computadora o dispositivo portátil, que le haya proporcionado su empleador
- Utilice un protector de pantallas o cierre mensajes para que otros cercanos a usted no puedan leerlos.
- Si cree que alguien ha descubierto su contraseña, cámbiela de inmediato usando el Portal del Paciente.
- Nunca use una computadora pública para acceder al Portal del Paciente.
- Si recibe acceso a información de atención médica que no es suya, inmediatamente debe dejar de ver dicha información y notificar inmediatamente al Centro a través de un mensaje seguro en el Portal o por teléfono.

**** AccessHealth y nuestro personal no son responsables por infracciones de seguridad o intrusiones que resulten del incumplimiento del paciente de las medidas de seguridad prudentes al acceder al Portal del Paciente, incluidas las descritas anteriormente, o por infracciones de la red fuera de su control razonable. ****

Información Importante sobre el Portal del Paciente

- El uso del Portal del Paciente está limitado a comunicaciones que no son de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

- Los pacientes deben esperar 48 horas hábiles para recibir una respuesta del médico o del personal a cualquier comunicación y solicitud. Dependiendo del volumen, es posible que se requiera un período de tiempo más largo antes de recibir una respuesta.
- El Portal del paciente **no brinda** servicios de diagnóstico, clasificación y otros servicios médicos por medio del Internet. Se puede hacer un diagnóstico y administrar el tratamiento solo después de que el paciente vea al médico en el Centro.
- Todas las comunicaciones a través del Portal del Paciente se incluirán en el registro clínico mantenido por el Centro.
- La comunicación en línea no reemplaza ninguna de las otras formas en que un paciente puede comunicarse con AccessHealth.
- El Centro no garantiza que el sistema del Portal del Paciente esté disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Sistema puede no estar disponible, sin previo aviso, debido al mantenimiento de rutina o debido a circunstancias fuera del control del Centro. El Centro puede suspender o finalizar el funcionamiento del Portal del Paciente sin previo aviso. El Centro y su personal no serán responsables de ninguna persona que no pueda acceder al sistema del Portal del Paciente por algún motivo.
- El Centro no permite que los menores utilicen el Portal del Paciente, estén o no legalmente emancipados.
- El Centro puede des-inscribir a cualquier persona del uso del Portal del Paciente en cualquier momento, sin notificación previa y sin causa o por causa a su discreción.

Condiciones de Participación en el Portal del Paciente

El acceso a este portal web seguro es un servicio opcional y podemos suspenderlo o cancelarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si suspendemos o cancelamos este servicio, se lo notificaremos lo antes posible. Al iniciar sesión en el Portal del Paciente, usted acepta todos los términos y condiciones de las Políticas y Procedimientos del Portal del paciente del centro, y cualquier modificación o sustitución a las Políticas y Procedimientos adoptado por el Centro. El Centro puede modificar, reemplazar o rescindir de sus Políticas y Procedimientos del Portal del Paciente en cualquier momento, sin previo aviso. El Centro hará todos los esfuerzos razonables para publicar dichos asuntos en el Portal del Paciente. El Centro tendrá la discreción de determinar cómo se aplican las Políticas y Procedimientos del Portal del Paciente en una situación dada, y su determinación será final, vinculante y no revisable. El Centro es el propietario de todos sus registros y datos, ya sea en formato electrónico, en papel o de otra forma, sujeto a dicho acceso, copia y otros derechos que le proporcionen las leyes federales y estatales. Si no comprende, no acepte a cumplir o no de su consentimiento a nuestras políticas y procedimientos, por favor no participe en el Portal del paciente. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, infórmenos antes de firmar el formulario.

Marca uno

SÍ	<p>Me gustaría participar en el Portal del Paciente de AccessHealth</p> <p>Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Dirección de Correo Electrónico _____</p> <p style="text-align: center;"><i>** Opcional: Permitir Acceso al Portal a mi Información de Salud a la Persona Siguiente **</i></p> <p>Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____</p> <p>Relación con el Paciente _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Dirección de Correo Electrónico _____</p> <p><i>Al firmar a continuación, acepto participar en el Portal para Pacientes de AccessHealth. Reconozco que he leído y acepto cumplir con las mencionadas Políticas y Procedimientos del Portal del Paciente.</i></p> <p>Firma del Paciente/Tutor _____ Fecha _____</p>
NO	<p>No deseo participar en el Portal para Pacientes de AccessHealth en este momento.</p> <p><i>Al firmar a continuación, reconozco que mi información no estará disponible para mí a través del Portal del Paciente. Confirmando que se me ha proporcionado toda la información necesaria con respecto al acceso al Portal del Paciente, si elijo participar en otro momento.</i></p> <p>Firma del Paciente/Tutor _____ Fecha _____</p>

Aviso De Derechos De Privacidad De Los Clientes

PARA NUESTROS CLIENTES: ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR INFORMACION SOBRE SUSALUD Y QUE SON SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACION. **POR FAVOR LEALO CON CUIDADO.**

Este aviso se aplica a todos los documentos sobre su asistencia médica que se generan por AccessHealth, sean hechos por el centro o por otro proveedor que está asociado con AccessHealth. Nuestra Política sobre proteger información sobre su salud aplica a los doctores, enfermeras y otros que forman parte del personal de salud y que necesitan saber para proveerle a usted la asistencia médica. Esta política se aplica a todas las áreas del centro incluyendo todo el personal del centro, la recepción, la facturación y la administración. También se aplica a cualquier entidad o individuo con el cual contratamos servicios, por ejemplo proveedores de referencia.

Información sobre la privacidad de su salud. Por ser nuestro paciente, creamos historiales médicos electrónicos y en papel y documentos acerca de su salud, además de la asistencia y los servicios que le proveemos a usted. Necesitamos este historial para proveer la mejor asistencia y para cumplir con ciertos requisitos legales. La ley requiere:

- Que aseguremos que la información sobre su salud se mantenga privada
- Que le proveamos a usted este Aviso de Derechos de Privacidad de los Clientes, Y
- Que aseguremos que la ley y sus derechos legales entren en efecto.

Sus Derechos de Privacidad

Usted tiene el derecho de:

- **Pedirnos comunicaciones confidenciales.** No revelaremos la información sobre su salud excepto como lo hemos descrito en este aviso. Usted puede pedir que le contactemos a usted a otra dirección o teléfono. Usted puede pedir que limitemos el número o el tipo de personas que tiene acceso a información sobre su salud. Si usted no quiere que nosotros lo contactemos a usted a su corriente dirección o teléfono, **USTED TIENE QUE DECIRLO A NOSOTROS.** Por favor, pídale esto por escrito a AccessHealth, atención: Director del registro Medico o llame al 281.633.3143.
- **Inspeccionar y copiar información sobre su salud.** Puede pedir revisarla y obtener una copia de información sobre su salud que el centro guarda mientras que nosotros la tengamos. Si usted pide revisar la información sobre su salud, nosotros decidiremos si permitirle revisar una parte o toda la información que pidió. Nosotros podemos cobrar por las copias que usted pide. Por favor, pídale esto por escrito a AccessHealth, atención: Director del Registro Medico o llame al 281.633.3143.
- **Pedir limitar la información medica que revelamos.** Usted puede pedir que nosotros no usemos ni revelemos información sobre su salud. Su petición debe describir detalladamente como quiere limitar la información. Nosotros podemos rechazar su petición. Por favor, pídale esto por escrito a AccessHealth, Atención: Director del Registro Medico o llame al 281.633.3143.
- **Cambiar la información sobre su salud si cree que está equivocada o incompleta.** Usted puede pedir que corrijamos la información médica que el centro mantiene. Si nosotros aceptamos su petición de corregir la información sobre su salud, el cambio se convertirá en un documento permanente en su historia médica. Por favor, pídale esto por escrito a AccessHealth. Atención: Director del Registro Medico o llame al 281.633.3143.
- **Pedir una lista a quien y cuando hemos hecho revelaciones de información sobre su salud.** Usted puede pedir una lista de las revelaciones de la información sobre su salud que hemos hecho. Esta lista no incluirá revelaciones de rutina de la información sobre su salud para los propósitos descritos en este aviso con respecto al tratamiento pago, u operaciones del centro. Por favor, pídale esto por escrito a AccessHealth, Atención: Director del Registro Medico o llame al 281.633.3143
- **Recibir servicios confidenciales de nosotros.** Nosotros somos requeridos de proteger su privacidad mientras que usted está en nuestro edificio. Nosotros no podemos decirle alguien si usted es o no es un cliente de AccessHealth, si usted tiene una cita o si usted está en nuestro edificio. Si usted está esperando alguien que lo llame o que venga por usted para darle transporte o para que este con usted durante su cita **USTED TIENE QUE DECIRLO A NOSOTROS** llamando al 281.342.4530. **Nosotros necesitamos su permiso para dar esta información.**
- **Recibir de nosotros una copia en papel de este aviso.** Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier tiempo llamando al 281.342.4530.

Como Podemos Usar Y Revelar La Personal Informacion De Su Salud

- **Tratamiento.** Nosotros usamos la información de usted para proveerle ahora o en el futuro tratamiento o servicios médicos. Podemos, y es lo más probable que les revelemos su información a los médicos, enfermeros y otro personal médico que participan en su asistencia. Esto incluye referencias a programas de asistencia social en salud y organizaciones con las que AccessHealth tiene acuerdos formales para proteger su información de salud.
- **Para Fines de Auditoría:** Podemos divulgar su información para fines de auditoría de cualquier programa Institucional, Estatal Federal, según corresponda. Estos programas pueden incluir, entre otros, de IPAP (Programa de Asistencia Institucional para Pacientes) Programas de Reabastecimiento, DSHS Programa de Atención Primaria de Salud, HHSC Programa de Planificación Familiar, HHSC Programa de Mujeres Saludables de Texas, etc.
- **Pago.** Podemos usar y revelar información medica sobre los servicios y procedimientos que le hemos dado para pasarle la cuenta y pedirle el pago a usted, a su compañía de seguros o a otra tercera entidad de reembolso, por ejemplo la Compensación al Trabajador.
- **Usos de operaciones.** Podemos usar y revelar información sobre su salud para que funcione eficientemente el centro y para asegurarnos que nuestros pacientes reciban asistencia de alta calidad.
- **Recordarle a usted de sus citas.** Podemos usar y revelar información sobre su salud cuando le recordamos de sus citas o del tratamiento médico que usted necesita recibir. Nosotros podemos enviarle postales a su dirección o dejar un recado en el teléfono que usted nos ha dado. Nosotros podemos dejar recados en su contestador automático o con amigos o relativos que contestan el teléfono. **SI USTED NO QUIERE SER CONTACTADO DE ESTA MANERA USTED TIENE QUE DECIRLO A NUESTROS.**
- **Requerido por la ley.** Revelaremos información médica sobre usted cuando lo requiera la ley federal, estatal o local.
- **Víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica.** Podemos revelar información sobre su salud a la policía, a los servicios sociales o a otras agencias del gobierno autorizadas a recibir el informe si sospechamos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Compensación al Trabajador.** Podemos revelar su información si es requerido por las leyes de compensación al trabajador y otras leyes y reglas parecidas. **Organizaciones de Emergencia.** En caso de emergencia, podemos revelar información sobre usted a una entidad que ayude en casos de desastre para que su familia pueda estar informada acerca de su condición, situación o localidad.
- **Pleitos y disputas.** Si usted está involucrado en un pleito o una disputa, podemos revelar información sobre su salud para responder a una citación, a una citación de la corte o a un mandato judicial, petición de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa.
- **Agencias que velan por el cumplimiento de la ley.** Podemos revelar información sobre su salud a la policía para responder a un mandato judicial, una citación, una orden judicial u otro proceso parecido, para identificar o localizar un testigo, un sospechoso o un desaparecido, acerca de una víctima de un delito, una muerte que consideramos relacionada con acciones delictivas, conducta delictiva actual, delitos en las propiedades del centro o situaciones de emergencia para denunciar un delito o los detalles de un crimen.
- **Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Podemos usar y revelar información sobre su salud a las personas que necesiten saberlo para evitar una amenaza grave a su salud o a la salud y la seguridad de otros.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donador de órganos, podemos revelar información médica a las organizaciones que manejan la obtención y el trasplante de órganos.
- **Riesgos y asuntos de la salud pública.** Podemos revelar información sobre su salud como requiere la ley o por su autorización acerca de ciertas condiciones de salud para prevenir o controlar enfermedades; heridas o invalidez, nacimientos o muertes, abuso o abandono de niños o mayores, reacciones contra medicamentos o productos, retirada de productos y aviso de exposición a una condición.
- **Investigaciones y actividades del gobierno.** Podemos revelar información sobre su salud a una agencia federal, estatal o local para actividades de descuido autorizadas por la ley que tal vez tengan que ver con inspecciones, licencias, conducta ilegal o cumplimiento con otras leyes y reglas incluyendo las leyes de derechos civiles.
- **Coronar, médicos forenses, y directores de funeraria.** Podemos revelar información sobre su salud a un coronar, a un médico forense o a un director de funeraria si es necesario.
- **Seguridad nacional y militar.** Si usted sirve actualmente en las fuerzas armadas o es un veterano de guerra, podemos revelar información sobre su salud a los militares si nos la piden. Podemos revelar información sobre su salud a funcionarios federales si están realizando actividades de seguridad e inteligencia nacional.

- **Investigación.** Podemos participar en investigación sobre el uso de ciertos protocolos de tratamientos que hayan recibido aprobación apropiada del gobierno y del centro. En tal caso, obtendríamos su consentimiento que identificaría todos los aspectos de su participación, riesgos, beneficios y revelaciones posibles.

Cambios a este aviso

Cambios a este aviso. Reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier tiempo. Colocaremos una copia del aviso actual en el centro con la fecha en que es efectivo en la primera página en la esquina derecha de arriba. Usted puede pedir una copia del aviso actual cada vez que visite el centro para servicios, o puede llamar al centro y pedir que se le mande a usted el aviso actual.

Su Derecho de Quejarse

Quejas. Si usted cree que sus derechos de privacidad se han violado, puede hacer un reclamo con el centro o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todo reclamo debe entregarse por escrito, y todos los reclamos se investigarían. Usted puede pedirle a cualquier empleado que le dé una forma de quejas.

Información de contacto de privacidad

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o quiere hacer una petición, por favor póngase en contacto con el Oficial de privacidad del centro:

Nombre: Jared Williams

Dirección: 400 Austin Street, Richmond, Texas 77469

Teléfono: (281)342.4530/ X-3194

Email: jwilliams@myaccesshealth.org