

**Por favor, devuelva los 5
formularios completados
y firmados**

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Domicilio: _____ N.º de seguro social: _____ Sexo: []M []F

Ciudad, estado, código postal: _____ Estado civil: []Casado/a []Soltero/a []Divorciado/a []Viudo/a []Otro

Teléfono de preferencia: _____ []Casa []Celular []Trabajo []Mensaje Idioma de preferencia: _____

Tel. alternativo: _____ []Casa []Celular []Trabajo []Mensaje Raza: _____

Tel. alternativo: _____ []Casa []Celular []Trabajo []Mensaje Etnia: []Hispana o Latina []No hispana ni Latina []Otra o indeterminada

Correo electrónico: _____ Médico que deriva: _____

Médico de atención primaria: _____

Información laboral

[]Empleado/a []Retirado/a []Desempleado/a []Otro

Nombre del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Ocupación: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Vínculo: _____

Teléfono: _____

Persona responsable

[]Igual que el paciente

Empleador: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ N.º de seguro social: _____

Seguro primario

Nombre de la aseguradora: _____

N.º de identificación: _____ N.º de grupo o póliza: _____

Nombre del titular: _____

Teléfono del titular: _____

Vínculo con el paciente: _____

Empleador del titular: _____

N.º de seguro social del titular: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____

Seguro secundario

: _____

: _____

: _____

: _____

: _____

: _____

: _____

*¿Es una lesión laboral? S / N Si responde sí: N.º de reclamación: _____

Autorización y asignación del seguro

Declaro que la información que proporcioné en este formulario es correcta y precisa a mi saber y entender. Por el presente, asigno que los beneficios se le paguen directamente al médico y lo/la autorizo a divulgar la información necesaria para garantizar el pago. **Comprendo que soy responsable de todo monto adeudado por mi seguro.**

Firma _____

Fecha _____

POLÍTICA FINANCIERA

Desde Mid-Valley Gastroenterology, nos comprometemos a satisfacer sus necesidades de atención médica. Parte de este compromiso implica brindar una descripción clara de nuestra política financiera.

Responsabilidad financiera

Usted es el único responsable de pagar por los servicios médicos que recibe. Todos los pacientes deben llenar nuestros formularios de información del paciente, presentar una identificación con foto y una tarjeta de seguro válida.

Procedimientos

La factura de Mid-Valley Gastroenterology representa únicamente los gastos del médico. Recibirá una factura separada de otras entidades que hayan participado de su atención, entre ellas, el centro, anestesiología y patología.

Colonoscopia de detección o diagnóstico

La cobertura de la colonoscopia varía según el plan de seguro. Es importante comprender que si lo refieren para una colonoscopia de detección y tiene antecedentes personales de pólipos precancerosos o informa síntomas, no recibirá el beneficio de detección del seguro. Los beneficios médicos se aplicarán. **No podemos cobrarle una colonoscopia de diagnóstico con el fin de asegurarse el reembolso de la aseguradora.**

Seguro y copagos

Es obligatorio que proporcione información de seguro precisa a nuestro consultorio. Todos los copagos y los saldos adeudados vencen antes de la consulta programada. No haber cancelado saldos adeudados puede ocasionar la cancelación de su consulta. Como cortesía, facturaremos la mayoría del seguro primario y secundario. Usted es responsable de los montos que no estén cubiertos por el seguro, incluidos el deducible, el copago, el coseguro y los servicios que su plan no cubra. La cobertura de los servicios médicos depende de la póliza que tenga. Verificar la cobertura es su responsabilidad.

Sin seguro o pago independiente

Si no se le facturará a un plan de seguro, se le brindará un estimado. Para las consultas de consultorio, exigimos un depósito mínimo de **USD 200 para pacientes nuevos y USD 100 para pacientes regulares**. El pago de los procedimientos programados se basará en la no intervención. Si se realiza alguna intervención, pueden aplicarse cargos extra. Los montos de depósito se exigen antes de prestar el servicio. Todo cargo extra vencerá 30 días después de la consulta o procedimiento.

Ausencia o cancelación de consultas

Exigimos el aviso con 24 horas de anticipación para la cancelación o reprogramación de consultas y 5 días hábiles para la cancelación o reprogramación de procedimientos. Tras haberse ausentado o cancelado **3 consultas o 2 procedimientos**, se le pedirá que regrese a su médico de atención primaria para recibir atención gastrointestinal en otro lado.

Cheques devueltos

Todo cheque que sea devuelto por la institución financiera recibirá un recargo de **USD 20**.

Llenado de formularios

En algunas situaciones, puede ser adecuado que nuestros profesionales completen los formularios, como en caso de Ley de Ausencia Médica y Familiar (FMLA, Family and Medical Leave Act), discapacidad, etc. En ese caso, debe llenar la sección del paciente, y se requiere una "Autorización para divulgar la información médica" por separado. Usted será responsable de los gastos asociados con el llenado de estos formularios.

Si tiene alguna duda, comuníquese con nuestra **oficina de cuentas del paciente al (541) 768-7600** o visite nuestro sitio web: www.midvalleygi.com.

Acuerdo financiero del paciente

He leído y acepto la política financiera descrita anteriormente y asumo total responsabilidad por los gastos en los que incurra.

Firma del responsable

Fecha

Nombre en letra imprenta

*** _____ **Confirmando que el Aviso de prácticas de privacidad se ha puesto a mi disposición.**
(Iniciales)

*** _____ **Confirmando que el Aviso de no discriminación se ha puesto a mi disposición.**
(Iniciales)



Código de conducta del paciente o visitante

Desde MVGI, nos comprometemos a brindar atención de la más alta calidad a nuestros pacientes y comunidades en un entorno seguro y respetuoso que promueva la salud y el bienestar. Para garantizar que en nuestros centros de atención haya seguridad, bondad e inclusión, les pedimos a los pacientes y a los visitantes que sigan el ejemplo de los proveedores y asociados de MVGI al respetar nuestro Código de conducta del paciente o visitante, que incluye los siguientes supuestos:

- **Toda persona será tratada con amabilidad, dignidad y respeto. Está prohibido realizar comentarios ofensivos sobre raza, religión, género, orientación sexual o características personales, así como negar la atención de un médico o asociado con base en las características mencionadas.**
- **Todo paciente y visitante mostrará un lenguaje y comportamiento adecuados y respetuosos. No se tolerarán amenazas ni agresiones físicas o verbales, ni palabras, frases, gestos o acciones provocativas o explícitas.**
- Todo paciente y visitante respetará la privacidad del paciente y evitará perturbar la atención o la experiencia de otros pacientes.
- Todo paciente y visitante debe obtener el consentimiento de todas las personas involucradas en la toma de fotos o grabación de video/audio en todos los hospitales y centros de atención al paciente.

Si estas directrices no se cumplen, se realizará lo siguiente:

Se pedirá a los pacientes que se retiren y acudan a otro lugar para recibir atención inmediata de no emergencia, y en caso de infracciones graves, es posible que la atención de no emergencia en MVGI en el futuro requiera revisión. En casos de incumplimiento, los pacientes tendrán la oportunidad de explicar su punto de vista, que se tendrá en cuenta antes de tomar decisiones sobre su atención futura en MVGI.

Cada día, nuestros proveedores, enfermeras y asociados asumen el compromiso de brindar los niveles más altos de atención a nuestros pacientes. Muéstreles el respeto que se merecen y que usted espera como paciente o visitante.

Gracias por elegir MVGI y por sumarse al compromiso de garantizar un entorno donde haya seguridad, bondad e inclusión para todas las personas.

Código de conducta del paciente y visitante

He leído y acepto el código de conducta descrito anteriormente y acepto cumplir con la política.

Firma del responsable

Fecha

Nombre en letra imprenta

NOTIFICACIÓN SOBRE DERECHOS PARA OBTENER REFERENCIAS Y CONFIRMACIÓN

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE SUS DERECHOS PARA OBTENER REFERENCIAS CUANDO SU PROVEEDOR DE CUIDADOS MÉDICOS ENVÍA UNA REFERENCIA RELACIONADA CON USTED A OTRO PROVEEDOR O CENTRO MÉDICO PARA REALIZAR PRUEBAS O SERVICIOS MÉDICOS ADICIONALES.

De conformidad con las leyes de Oregón, cuando enviamos una referencia relacionada con usted fuera de nuestra clínica, tenemos requerido informarle que podría tener una prueba o servicio realizado en un centro médico diferente al recomendado por su doctor o proveedor de cuidados médicos.

Las leyes de Oregón (ORS 441.098) indican lo siguiente:

- Una referencia para realizar una prueba de diagnóstico o un servicio/tratamiento médico debe basarse en las necesidades clínicas del paciente y sus elecciones de salud personales.
- Un profesional médico o persona designada por el profesional debe proveer una notificación sobre la elección del paciente cuando el paciente establece sus cuidados con el profesional médico y cuando la referencia se comunica al paciente.
- La notificación oral o escrita sobre la elección del paciente debe informar claramente al paciente:
 - (a) Que, cuando obtenga una referencia, un paciente puede elegir una opción de dónde desea recibir los servicios; y
 - (b) Dónde el paciente puede tener acceso a más información sobre las opciones para los pacientes.
- El paciente puede elegir una opción y, cuando sea referido(a) a un centro médico para realizar una prueba de diagnóstico o un servicio/tratamiento médico, el paciente podría recibir la prueba de diagnóstico o un servicio/tratamiento médico en un centro médico diferente al recomendado por el profesional médico.
- Si el paciente elige tener una prueba de diagnóstico o un servicio/tratamiento médico en un centro médico diferente al recomendado por un profesional, el paciente es responsable de determinar el alcance o limitación de la cobertura para la prueba de diagnóstico o el servicio/tratamiento médico en el centro médico seleccionado por el paciente.
- Un profesional médico no debe negar, limitar o retirar una referencia solamente porque el paciente elige tener una prueba de diagnóstico o un servicio/tratamiento médico en un centro médico diferente al recomendado por el profesional médico.

Al firmar a continuación, yo confirmo que he leído y entendido mis derechos para obtener referencias como se indican anteriormente.

_____	_____
Firma del paciente	Fecha

Nombre del paciente (letra de molde)	

-0-

_____	_____
Firma del padre, tutor legal, parte responsable, representante legal	Fecha

Descripción de la autoridad del representante	



Notificación sobre el derecho de negarse a participar en futuras investigaciones genéticas anónimas o codificadas

El Estado de Oregon cuenta con leyes para proteger la privacidad genética de las personas. Estas leyes le dan a usted el derecho de negarse a que su información médica o muestras biológicas se usen en investigaciones. Una muestra biológica puede incluir una muestra de sangre u otros materiales tomados de su cuerpo. Usted puede decidir si permite que su información médica o muestras biológicas estén disponibles para usarse en investigaciones genéticas. Su decisión no afectará la atención que usted recibe de su proveedor de servicios médicos ni tampoco la cobertura de su seguro médico.

Las investigaciones son importantes porque nos dan una información valiosa sobre cómo mejorar la salud, incluyendo las maneras de prevenir o mejorar un tratamiento para enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer. Bajo las leyes de Oregon, un equipo especial revisa todas las investigaciones genéticas antes de comenzar. Este equipo se asegura de que los beneficios de una investigación para los participantes son mayores que los riesgos.

En una investigación anónima, la información personal que podría usarse para identificarle, como su nombre o número de expediente médico, no puede asociarse con su información médica o muestra biológica. En una investigación codificada, la información personal que podría usarse para identificarle se guarda por separado de su información médica o muestra biológica para evitar que alguien asocie su información personal con su información médica o muestra biológica. Su identidad se protege en ambos tipos de investigación.

Si usted desea permitir que su información médica o muestra biológica se haga disponible para investigaciones genéticas anónimas o codificadas, **simplemente llene la sección sobre información del paciente abajo de este formulario**. Si decide hacer esto, su información médica o muestra biológica podría usarse para realizar investigaciones genéticas anónimas o codificadas sin más notificaciones para usted.

Si desea negarse a que su información médica o muestra biológica se haga disponible para investigaciones genéticas anónimas o codificadas, **marque la casilla a continuación y llene la sección sobre información del paciente abajo de este formulario**. Su decisión es vigente a partir de la fecha en que su proveedor de cuidados médicos recibe este formulario.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta notificación, por favor comuníquese con Noemi Bahler al (541) 768-6119.

Sin importar lo que decida ahora, usted siempre puede cambiar de opinión más tarde. Si cambia de opinión, informe a su proveedor de cuidados médicos sobre su decisión por escrito, enviando una carta a Mid-Valley Gastroenterology, Attention: Noemi Bahler, 3521 NW Samaritan Drive, Suite 101, Corvallis, OR 97330. Si cambia de opinión, la nueva decisión se aplicará solamente a la información médica o muestra biológica tomada después de que su proveedor de cuidados médicos reciba la notificación por escrito sobre su nueva decisión.

Al marcar esta casilla, yo indico que me niego a que mi información médica y muestras biológicas se hagan disponibles para realizar investigaciones genéticas anónimas o codificadas.

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Firma



POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN DE MID-VALLEY GASTROENTEROLOGY

Corvallis Gastroenterology, PC, operando como Mid-Valley Gastroenterology, cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. Mid-Valley Gastroenterology no excluye a las personas o les da un trato diferente por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

Mid-Valley Gastroenterology:

- Provee dispositivos y servicios para que las personas con discapacidades se comuniquen efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, grabaciones de audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Provee servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita de estos servicios, contacte a Mid-Valley Gastroenterology al (541) 768-6119.

Si cree que Mid-Valley Gastroenterology no ha cumplido con proveer estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, usted puede presentar una queja a: Administrador, 3521 NW Samaritan Drive, Suite 101, Corvallis, OR 97330, (541) 768-6119, Fax: (541) 768-6120. Puede presentar una queja en persona o enviando un fax, correo postal o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja ante el administrador de nuestra oficina, está disponible para ayudarle. Usted también puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, el cual se encuentra disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> y también por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-541-768-6119 (TTY：1-541-768-6119)。

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-541-768-6119 (телефакс: 1-541-768-6119).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119) 번으로 전화해 주십시오.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119) まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-9116-867-145-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-9116-867-145-1)

Oromo: XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119).

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-541-768-6119 (телефакс: 1-541-768-6119).

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-541-768-6119 (TTY: 1-768-6119).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-541-768-6119 (ATS : 1-541-768-6119).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119).

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119) تماس بگیرید.

Cambodian:

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119)។

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-541-768-6119 (TTY: 1-541-768-6119).

Mid-Valley Gastroenterology:
Notificación sobre prácticas de privacidad

Fecha de revisión 23 de marzo, 2013

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA, ADEMÁS DE CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, REVISE ESTO CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte al oficial de privacidad designado en nuestra oficina al 541-768-6119.

Nosotros tomamos muy en serio nuestra responsabilidad de resguardar su información médica protegida. Valoramos su confianza como parte importante de nuestra capacidad para proveerle con la mejor atención médica posible. Nos dedicamos a defender su derecho de tener una relación confidencial con su doctor(a). Esta notificación tiene la intención de informarle sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su información, además de explicar su derecho de controlar estas divulgaciones.

Su información médica

Podríamos usar y divulgar su información médica sin tener un permiso de su parte para los propósitos siguientes:

1. Podríamos divulgar su información para **darle un tratamiento y coordinar sus cuidados médicos.**
2. Podríamos divulgar su información para **asegurar que usted recibe los beneficios de su seguro médico.**
3. Podríamos divulgar su información internamente para **mejorar el funcionamiento de nuestra oficina.** Esto incluye nuestro compromiso de revisar la calidad de los cuidados que proveemos.
4. Podríamos divulgar su información para **cumplir con un número limitado de requerimientos legales,** como se describen en esta notificación.

Esta notificación provee una información adicional sobre cada una de estas divulgaciones. En cualquier caso, nosotros solamente vamos a divulgar la cantidad de información mínima necesaria para el propósito solicitado.

Nuestras obligaciones

Tenemos la obligación legal de mantener su información privada. Nosotros también debemos entregarle esta notificación y apegarnos a sus términos. Algunas ocasiones podríamos necesitar revisar nuestras prácticas de privacidad. Expresamente, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra notificación sobre prácticas de privacidad y de hacer que los nuevos términos sean válidos para toda la información cubierta por nuestra notificación. Si se hacen estos cambios, le haremos saber sobre los nuevos términos entregándole una copia sobre los cambios.

Sus derechos de privacidad

Por favor, considere que usted cuenta con derechos muy específicos sobre el uso y divulgación de su información. Esta es una lista de sus derechos:

Derecho de inspeccionar y copiar

Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica como los registros médicos y facturaciones que usamos para tomar las decisiones sobre sus cuidados. Usted debe presentar una petición por escrito a nuestro contacto designado para poder inspeccionar y/o copiar su información. Si usted pide una copia de su información, podríamos cobrar una tarifa por los costos de copiar, enviar por correo postal u otros suministros necesarios. Usted también puede elegir recibir una copia de su información médica de una manera electrónica. Podríamos rechazar su petición para inspeccionar y/o copiar su información en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega un acceso a su información médica, usted puede pedir una revisión de la denegación. Si las leyes exigen dicha revisión, vamos a seleccionar a un profesional de cuidados médicos acreditado para que revise su petición y nuestra denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que rechaza su petición y vamos a cumplir con los resultados de la revisión.

Derecho de enmendar

Si cree que nuestros registros contienen errores, usted podría hacer una petición por escrito para que sean enmendados. Nos reservamos el derecho de revisar su petición y podemos negarnos a enmendar el registro. Tenemos requerido incluir en el registro una copia de su propuesta de enmienda, aun cuando no estemos de acuerdo con enmendar este registro. Podríamos rechazar su petición de una enmienda si nosotros no creamos la información, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda.

Derecho de pedir restricciones

Tiene el derecho de pedir restricciones sobre el uso y divulgación de su información. No tenemos requerido estar de acuerdo con su petición. Si estamos de acuerdo con esto, haremos todo lo posible por cumplir con las restricciones, a menos que la información sea necesaria para proveerle a usted un tratamiento de emergencia. Para pedir restricciones, usted puede completar y entregar la "**Petición para restricciones sobre el uso/divulgación de información médica**" a nuestro oficial de privacidad/contacto designado. Si su restricción invalida su cobertura de seguro médico, podríamos requerir que usted realice una exoneración de los beneficios de seguro y un acuerdo de pago.

Derecho de pedir una comunicación confidencial

Tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de una manera específica o en una ubicación específica. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted solamente en su trabajo o por correo postal.

Para pedir una comunicación confidencial, usted puede completar y entregar la "**Petición para restricciones sobre el uso/divulgación de información médica**" a nuestro oficial de privacidad/contacto designado. No vamos a preguntar por la razón de su petición y vamos a acomodar todas las peticiones razonables. Su petición debe explicar cómo o dónde usted desea ser contactado(a).

Derecho a una copia de papel de esta notificación

Tiene el derecho de recibir una copia de papel de esta notificación. Usted también puede pedirnos que le entreguemos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aunque haya acordado recibirla de manera electrónica, todavía tiene el derecho de recibir una copia de papel.

Derecho a una explicación de divulgaciones

Tiene el derecho de pedir un "explicación de divulgaciones". Esta explicación es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica para propósitos diferentes a un tratamiento, pago y operaciones de servicios médicos. Para obtener esta lista, usted debe presentar su petición por escrito a nuestro oficial de privacidad/contacto designado. Debe indicar un periodo de tiempo, el cual puede ser un máximo de seis años y no debe incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su petición debe indicar en qué formato quiere su lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que pida dentro de un periodo de 12 meses será gratuita para usted. Para obtener listas adicionales, podríamos cobrarle por los costos de proveer la lista. Vamos a notificarle sobre el costo incurrido y usted puede elegir retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

Quejas e investigaciones

Hemos desarrollado procedimientos para investigar cualquier queja o inquietud que usted pueda tener sobre nuestro uso o divulgación de su información o cualquier otra queja que pueda tener sobre nuestros servicios. Las leyes permiten que usted contacte la Secretaría del Departamento de Servicios de Salud y Humanos para presentar quejas sobre nuestro uso y divulgación de información.

También puede comunicarse con el oficial de privacidad/contacto de nuestra oficina, quien se dedica a investigar las quejas sobre el uso y divulgación de información bajo nuestra responsabilidad. No vamos a tomar represalias, ni tampoco podemos tomarlas, contra usted por cualquier queja.

Tipos de uso y divulgación de su información médica protegida

Nosotros podríamos divulgar su información para los siguientes propósitos sin tener su consentimiento:

Propósitos de tratamiento

Podríamos divulgar la información necesaria para la prestación, coordinación o administración de servicios médicos y servicios relacionados, incluyendo la coordinación entre nuestra oficina y un tercero, tales como una consultación entre proveedores médicos o una referencia de nuestra oficina a otro proveedor. El personal de nuestra oficina podría compartir información sobre usted y divulgar información para personas que no trabajan en nuestra oficina con la finalidad de coordinar sus cuidados, tales como ordenar recetas médicas a su farmacia por teléfono, programar pruebas de laboratorio y ordenar rayos X. Los miembros de su familia y otros proveedores de servicios de salud podrían ser parte de sus cuidados médicos fuera de esta oficina y podrían requerir una información sobre usted que nosotros tenemos.

Propósitos de pago

Para obtener un reembolso de su compañía de seguros, podría requerirse que divulguemos su información. Esto podría ser necesario para determinar su elegibilidad de cobertura y adjudicación de reclamos, facturación, manejo de reclamos y actividades de cobranza. También podría requerirse que divulguemos su información a su compañía de seguros para revisar la necesidad médica, cobertura, pertinencia o justificación de nuestros cargos.

Por ejemplo, podríamos necesitar dar a su seguro médico cierta información sobre un servicio que usted recibió en nuestra oficina para que su plan de seguros nos pague o le envíe un reembolso por el servicio. También podríamos informar a su plan de seguros sobre un tratamiento que usted recibirá para obtener una autorización previa o determinar si su plan cubre el tratamiento. Usted tiene el derecho de restringir divulgaciones de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a su plan de seguros, si pagó el costo total por un tratamiento de su propio bolsillo.

Para operaciones de servicios médicos

Podríamos usar y divulgar su información médica para poder administrar nuestra oficina y asegurar que usted y otros pacientes reciben una atención de calidad. Las operaciones de servicios médicos podrían incluir:

- Evaluación de la calidad y mejoramiento de las actividades
- Revisar la competencia o cualificaciones de los profesionales de servicios médicos o evaluar el desempeño de los profesionales y proveedores
- Realizar programas de entrenamiento, acreditación, certificación, obtención de licencias o actividades de verificación de credenciales
- Realizar o hacer arreglos para realizar una revisión médica, servicios legales o funciones de auditoría, incluyendo la detección de fraudes y abusos y los programas de cumplimiento
- Administrar y operar nuestra oficina, incluyendo actividades como servicios para clientes y resolución de quejas

Recordatorios sobre citas

Podríamos comunicarnos con usted (por medio de mensajes de voz, tarjetas postales o cartas) para recordarle que tiene una cita para su tratamiento o cuidado médico en nuestra oficina.

Alternativas de tratamiento

Podríamos explicar o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que pueden ser de su interés. También podríamos explicarle sobre productos o servicios médicos relacionados que pueden ser de su interés.

Mercadeo de servicios médicos relacionados

No usaremos su información médica para comunicaciones de mercadeo sin tener su autorización previa por escrito. No venderemos su PHI a otra organización para fines de mercadeo o cualquier otro propósito.

Situaciones especiales

Podríamos usar y divulgar una información médica sobre usted sin su permiso para los siguientes propósitos, sujetos a todos los requerimientos y limitaciones legales correspondientes:

1. **Evitar una amenaza seria para la salud o seguridad.** Podríamos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria contra su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona.
2. **Requerido por las leyes.** Vamos a divulgar su información médica cuando las leyes federales, estatales o locales requieran hacerlo.
3. **Investigación.** Podríamos usar y divulgar su información médica para realizar proyectos de investigación sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revela su identidad o que estará involucrado en sus cuidados en la oficina.
4. **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es una persona donadora de órganos, podríamos divulgar una información médica a un banco de órganos o las organizaciones que manejarán la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, si esto es necesario para facilitar dicha donación y trasplante.
5. **Militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas o parte de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, el mando militar u otras autoridades del gobierno podrían requerir que divulguemos su información médica. También podríamos divulgar información sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.
6. **Compensación de trabajadores.** Podríamos divulgar su información médica para una compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con un trabajo.
7. **Riesgos de salud pública.** Podríamos divulgar su información médica por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad, así como también reportar nacimientos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
8. **Actividades de supervisión médica.** Podríamos divulgar información médica a una agencia de supervisión médica para auditorías, investigaciones, inspecciones o la obtención de licencias. Estas divulgaciones podrían ser necesarias para que ciertas agencias federales supervisen el sistema de servicios médicos, programas del gobierno y cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
9. **Demandas legales y disputas.** Si usted está involucrado(a) en una demanda legal o disputa, podríamos divulgar su información médica para responder a una orden de la corte o administrativa. Sujetos a todos los requerimientos legales correspondientes, también podríamos divulgar su información médica para responder a una citación.
10. **Cumplimiento de la ley.** Podríamos divulgar una información médica si un oficial de las fuerzas policiales nos pide hacerlo para responder a una orden de la corte, citación, orden judicial, orden de comparecencia o proceso similar, sujetos a todos los requerimientos legales correspondientes.
11. **Forenses, médicos examinadores y directores de funeraria.** Podríamos divulgar una información médica a un forense o médico examinador, por ejemplo, cuando es necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.
12. **Información no identificable personalmente.** Podríamos usar y divulgar su información médica de una manera que no le identifique a usted personalmente o revele su identidad.
13. **Familiares y amigos.** Podríamos divulgar su información médica a los miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de objetar dicha divulgación y usted no tiene una objeción. También podríamos divulgar una información médica a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias que usted no tendrá una objeción, en base a nuestro juicio profesional.

Por ejemplo, podríamos asumir que usted está de acuerdo que divulguemos su información médica a su esposo(a) cuando su esposo(a) entra con usted al cuarto de examinación durante un tratamiento o mientras se discute un tratamiento.

En situaciones cuando usted no puede dar su consentimiento (debido a su ausencia, su incapacidad o una emergencia médica), podríamos usar nuestro juicio profesional para determinar que una divulgación a un miembro de su familia o amigo es lo mejor para usted. En esta situación, vamos a divulgar solamente la información médica relevante para la participación de esa persona en sus cuidados.

14. Nuestra oficina podría divulgar **la PHI de una persona fallecida** a la familia u otras personas involucradas en los cuidados o el pago de los cuidados de la persona fallecida, a menos que nuestra oficina conozca que la persona fallecida prefería que ciertas personas no recibieran la PHI. Las divulgaciones se limitan a la PHI directamente relevante a la participación de esas personas.

Otros usos y divulgaciones de una información médica

No vamos a usar o divulgar su información médica para propósitos que no fueron identificados en las secciones anteriores sin tener una *autorización* específica por escrito de su parte. Debemos obtener su *autorización* por separado para cualquier *consentimiento* que hayamos obtenido de usted.

Si nos da una *autorización* para usar o divulgar su información médica, usted puede revocar esa *autorización por escrito* en cualquier momento. Si usted revoca su *autorización*, no seguiremos usando o divulgando su información por las razones cubiertas en su *autorización por escrito*. Sin embargo, no podemos deshacer ningún uso o divulgación ya realizado con su permiso. Usted tiene el derecho de recibir una notificación después de que nuestra oficina haya cometido una violación de su PHI.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja en nuestra oficina o con el secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanos. **Usted no será penalizado(a) por presentar una queja.** Para presentar una queja en nuestra oficina, contacte a:

Mid-Valley Gastroenterology:
3521 NW Samaritan Drive, Suite 101
Corvallis, OR 97330
541-768-6119

