



Formulario de Registro

Nombre: Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento: MM /DD/ AAAA				Número de Seguro Social (si posee): _____	
Nombre del Padre o de la Madre, Persona Responsable (si el paciente es menor de edad): _____ Fecha de nacimiento del padre o de la madre (si el paciente es menor de edad): _____				Sexo legal: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario ☐ Gender- X ☐ No Sabe	
Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Mujer Transgénero ☐ Hombre Transgénero ☐ No Binario/ Genero Queer ☐ Otro ☐ Preguntar ☐ Dos Espirtus		Sexo Asignado al Nacer: ☐ Elige no Revelar ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ No esta en la acta de Nacimiento. ☐ No Sabe		Orientación Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Asexual ☐ Bisexual ☐ Elige no Revelar ☐ No sabe ☐ Lesbiana/ Homosexual ☐ Omnisexualidad ☐ Pansexualidad ☐ Queer ☐ Algo mas	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (fijo o celular) método de Preferencia Para Contactar ☐ Móvil: _____ ☐ Trabajo: _____ ☐ Casa: _____		Estado de la Vivienda ☐ Adulto En riesgo para las personas sin hogar. ☐ Niño en riesgo de quedarse sin hogar ☐ Actualmente no se ha quedado sin hogar en los últimos 12 meses ☐ Refugio desconocido para personas sin hogar ☐ Vivir en un refugio. ☐ Vivir con otros. ☐ No es una persona sin hogar ☐ Vivienda de apoyo permanente. ☐ Hotel de uso individual ☐ Puente de campamento callejero. ☐ Vivienda de transición ☐ Veterano en riesgo para las personas sin hogar		Correo Electrónico: Numero de personas de Familia: _____ Ingreso Mensual: \$ _____ Trabajador Migrante ☐ Ninguno ☐ Por Temporadas ☐ Es usted Vetarano: ☐ Si ☐ No Fecha de Comienzo de Servicio Militar: _____ Necesidades de accesibilidad: ☐ Si: ☐ No:	
Estado civil ☐ Casado ☐ Pareja de hecho ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ No sabe					

Etnia ☐ Cubano ☐ Otro Hispano/a, Latino o Hispano de Origen ☐ Mexicano, Mexicano Americano o Chicano/a ☐ No -Hispano or Latino/a ☐ Se niega a responder ☐ Puertorriqueño ☐ No sabe	Raza ☐ American Indian ☐ Afroamericano ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Guameña o Chamorro ☐ Indio Asiático ☐ Japonés ☐ Paciente rechaza ☐ No sabe ☐ Nativo De Alaska ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Asiático ☐ Otro Isleño Pacifico ☐ Otro Asiático ☐ Samoana/o ☐ Vietnamita ☐ Blanco	Idioma Principal: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____ Idioma Preferido: ☐ _____ Nesecita interprete: ☐ Si: _____ ☐ No: _____ Programa:
Pharmacia de Preferida: 	Aseguranza ☐ Medi-cal _____ ☐ Medicare _____	
Contacto de Emergencia Nombre y Apellido Relación y Número de Teléfono 		

Declaro que la información anteriormente expresada es verdadera. Entiendo que esta información permanecerá en absoluta confidencialidad.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Copia de Tarjeta de Aseguranza ☐ Si ☐ No

Consentimiento general para recibir tratamiento

El paciente abajo firmante, o su representante, solicita atención y tratamiento en el Village Health Center (VHC). Entiendo que la práctica de la medicina y la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no se ha otorgado ninguna garantía o promesa en cuanto al resultado del tratamiento o examen en el VHC. Doy mi consentimiento y autorización para lo siguiente:

CONSENTIMIENTO GENERAL: Doy mi consentimiento para todos los procedimientos médicos, de salud conductual, psiquiátricos, dentales, de laboratorio y otros procedimientos médicos o dentales que el médico, dentista o clínico que me atiende realice o prescriba.

CONSENTIMIENTO PARA LA MEDICACIÓN: Mi proveedores y el personal del centro médico podrán ver el historial de medicación de otros proveedores médicos y farmacias. Esta información es utilizada por los médicos para prescribir los medicamentos más apropiados desde el punto de vista clínico y económico.

DIRECTIVA ANTICIPADA: Entiendo que tengo la oportunidad de dar a conocer mis deseos, por escrito, con respecto a mi atención médica y/o decisiones sobre el final de la vida. Esta directiva deberá adoptar la forma de un testamento en vida y/o un poder notarial duradero para la atención médica. Entiendo que si tengo una directiva anticipada, puedo proporcionársela a VHC para que la conserve en mi historial médico.

ACUERDO FINANCIERO: Certifico que la información proporcionada en la solicitud de pago de un seguro gubernamental o privado es correcta y exacta, según mi leal saber y entender. Entiendo que si se me impone un copago de acuerdo con la Tabla de Tarifa Móvil (aplicable a los pacientes que no tienen seguro), tendré la responsabilidad financiera de pagar a VHC el copago impuesto. Entiendo que puedo solicitar una copia de la Tabla de Tarifa Móvil en cualquier momento. La responsabilidad financiera puede reducirse o eximirse si se determina la elegibilidad para la atención de caridad.

ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES: Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a VHC por los servicios prestados en el Centro de Salud. Esto incluye la asignación de las prestaciones de Medicare a VHC.

FOTOGRAFÍA: Doy mi consentimiento para que se tomen y reproduzcan imágenes de mí en cualquier forma (por ejemplo, fotografía o video) en relación con mi atención y tratamiento. Estas imágenes sólo pueden utilizarse para fines relacionados con el tratamiento, la educación, las operaciones de atención médica (como Mejora de Calidad), la seguridad del paciente, la identificación del paciente y la comercialización.

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Autorizo a VHC a divulgar cualquier información necesaria para facilitar la facturación del seguro, la coordinación de la atención, los servicios sociales y las operaciones de VHC. Este intercambio de información nos ayuda a proporcionarle una atención de calidad, servicios no duplicados y una mejor coordinación de la atención.

Se utilizan otros sistemas para compartir información con el fin de mejorar la comunicación sobre su atención y la calidad de la misma. Estas plataformas pueden incluir: Care Everywhere, San Diego Health Connect y/o Manifest MedEx (Health Information Exchanges); Arcadia (herramienta de salud poblacional de Integrated Health Partners), California Immunization Registry y Community Information Exchange (CIE). El intercambio de información a través de estos sistemas puede incluir información sobre trastornos por consumo de alcohol y sustancias, que está amparada por una ley federal llamada "42 CFR Part 2". Esta ley tiene normas estrictas sobre cuándo podemos divulgar dicha información.

Identificación del paciente: _____

COMUNICACIÓN:

Como paciente de VHC tiene la posibilidad de acceder a nuestro Portal del Paciente para enviar mensajes a su proveedor de atención médica. Es posible que, en ocasiones, nos pongamos en contacto con usted en el número de teléfono que tiene registrado para comunicarle información sobre remisiones, resultados de laboratorio, resultados de imágenes, servicios preventivos, recordatorios de citas y formularios listos para ser recogidos.

VHC actualizará la autorización anualmente, y puedo rescindir la autorización en cualquier momento mediante solicitud escrita.

Firma del paciente u otra persona legalmente responsable Relación de la persona legalmente responsable con el paciente Fecha

Aviso de prácticas de privacidad

Con vigencia a partir del: 10 de junio de 2026

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo Village Health Center (VHC) de Father Joe's Villages puede utilizar o divulgar información sobre su salud y cómo usted puede acceder a dicha información. Por favor, revíselo detenidamente.

Sus derechos

En lo que respecta a la información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos. Salvo que la ley exija lo contrario, su registro médico es propiedad física del profesional de atención médica o del centro que lo recopiló. Sin embargo, usted tiene ciertos derechos respecto a la información. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y demás información de salud que tengamos sobre usted.
- Si necesita acceso a su registro, pregúntanos cómo hacerlo. Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud. En California, por lo general proporcionamos copias dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que recibimos su solicitud por escrito, y permitimos la revisión dentro de un plazo de 5 días laborables (cuando es necesario). Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos por la impresión.

Otorgar su consentimiento para cuándo usamos o compartimos su información

- Puede otorgar un consentimiento para todos los usos o divulgaciones futuras para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Solicítarnos corregir su registro médico

- Puede solicitarnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Si necesita ayuda, pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que “rechacemos” su solicitud, pero le informaremos por escrito sobre los motivos en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que le contactemos de una forma específica (por ejemplo, al teléfono residencial o celular) o que enviemos correos a una dirección diferente.
- “Aceptaremos” todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos limitar lo que utilicemos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos “rechazarla” si afectaría su atención o las operaciones de atención médica.
- Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo y en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos con su aseguradora de salud dicha información para propósitos de pago o para nuestras operaciones. “Aceptaremos” a menos que alguna ley nos obligue a compartirla.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista de las veces que compartimos su información de salud durante un máximo de los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, así como ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado hacer).
- Si lo solicita, le proporcionaremos una lista al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro de un plazo de 12 meses.

Elegir a alguien que actúe en su nombre

- Si alguien tiene autoridad para actuar como tu representante personal (por ejemplo, un poder notarial para atención médica o un tutor legal), esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Analizar este aviso con alguien de nuestro programa

- Puede hacer preguntas u obtener más información sobre este aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad escribiendo a Clinic@neighbor.org.

Obtener una copia de este Aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos presentando un “Informe al personal” en el mostrador de Servicio al Cliente de Joan Kroc Center (JKC, 1501 Imperial Avenue) durante el horario laboral.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington,

D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o a través del Asistente del portal de quejas disponible en línea en www.ocrportal.hhs.gov.

- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus elecciones

En el caso de cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre qué datos podemos compartir. Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, habla con nosotros. En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la libertad de elegir qué hacer, y seguiremos sus instrucciones.

Con su consentimiento, podemos utilizar y compartir su información de las siguientes maneras:

- A quien usted nombre para dar su consentimiento para compartir su información, incluyendo a su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o en el pago por la misma.
- Para informar sobre participación en tratamientos exigidos por el sistema de justicia penal.
- Para informar sobre medicamentos prescritos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias a algún programa estatal de monitoreo de medicamentos recetados cuando la ley lo exija.
- Para evitar inscripciones múltiples en programas de manejo de la abstinencia o tratamiento de mantenimiento.
- Para compartir información en situaciones de ayuda en casos de desastres.

Nunca compartimos su información para los siguientes fines a menos que usted nos otorgue su permiso por escrito:

- Intercambio de notas de psicoterapia
- Fines de marketing

Nota: Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Registros de trastornos por consumo de sustancias (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés])

Village Health Center ofrece tratamiento para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (TCS) o remisión para tratamiento a través de nuestro programa de Servicios de Recuperación Transformadora (TRS, por sus siglas en inglés). Los registros relacionados con los servicios de TCS (que incluyen registros de servicios relacionados con el trastorno por consumo de alcohol) pueden estar protegidos por una ley federal, la Parte 2 del Título 42 del CFR, que incluye protecciones adicionales de privacidad.

- Los registros de TCS solo pueden utilizarse o divulgarse según lo permita la Parte 2 del Título 42 del CFR y cualquier otra ley aplicable, o con su consentimiento por escrito. Seguiremos estos requisitos legales más estrictos, incluyendo límites en cuanto a divulgaciones adicionales y uso de registros de

TCS en procesos civiles, administrativos o legales sin (1) su consentimiento, o (2) con base en una orden judicial, citación o cualquier otro requisito legal similar.

- Con su consentimiento general único, podemos utilizar o divulgar sus registros de TCS, incluidos sus registros de tratamientos futuros de TCS, para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Cuando usted otorga su consentimiento para usos y divulgaciones con fines de tratamiento y pago en el futuro, así como para operar nuestro negocio, podremos compartir o volver a divulgar sus registros de tratamiento de TCS con otros programas de tratamiento de TCS, consultorios médicos y empresas del sector sanitario para dichas actividades. Si la persona que los recibe está sujeta a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), se le permite volver a utilizar y compartir su información sin su consentimiento para los fines que la HIPAA permite.
- Si tenemos la intención de utilizar sus registros de TCS para recaudación de fondos, le daremos una oportunidad clara de optar por no recibir comunicaciones relacionadas con estos fines.

Nuestros usos y divulgaciones

A continuación se indican formas en las que normalmente podemos utilizar o divulgar su información.

Para brindarle tratamiento

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén brindando tratamiento. *Ejemplo: Un médico que le está tratando le pregunta a un médico de nuestro programa sobre su estado de salud y sobre los medicamentos que está tomando, por ejemplo, para evitar complicaciones.*
- Su trastorno por consumo de alcohol o de sustancias puede ser revelado a otros miembros del personal y proveedores del centro de salud “solo según sea necesario”. Esto incluye información de su consejero especializado en alcohol y otras drogas (AOD, por sus siglas en inglés).

Para administrar nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para administrar nuestro consultorio, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. *Ejemplo: Utilizamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

Coordinación de la atención

- Podemos compartir su información con sus otros proveedores de atención médica para coordinar su atención. *Ejemplo: Podemos compartir información con hospitales, departamentos de emergencias o con otras clínicas que le estén atendiendo.*

Pago y facturación por los servicios

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

Otras formas en que su información puede ser utilizada o divulgada

Se nos permite, o se nos exige, compartir su información de otras maneras, por lo general de formas que contribuyan al bien común, como mejora de la calidad, salud pública e investigación. Sin embargo, debemos cumplir con las condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

En todos los casos, incluidos los que se presentan a continuación, si tenemos registros de TCS sobre usted que estén sujetos a la Parte 2 del Título 42 del CFR, no utilizaremos ni compartiremos información en esos registros en investigaciones ni procesos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y citación.

Ayuda con temas de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiradas de productos
- Informes de reacciones adversas a medicamentos
- Denuncias de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o mitigación de una amenaza grave para la salud o la seguridad de alguna persona

Comunicación dentro de nuestro programa y con contratistas

- Podemos compartir su información dentro de nuestro programa, con alguna organización que tenga control administrativo sobre nuestro programa y con contratistas que nos ayuden a administrarlo.

Emergencias médicas

- Podemos compartir su información durante una emergencia médica real con el personal y los proveedores de atención médica que responden a esta, incluso cuando usted no pueda dar su consentimiento debido a la emergencia.
- También podemos compartir su información de identificación para ayudar a la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos a notificarle a usted o a su proveedor sobre productos inseguros que pueda estar utilizando.

Responder a auditorías de administración y financieras y evaluaciones de programas

- Podemos utilizar o compartir su información para mejorar la calidad de nuestros servicios, obtener credenciales necesarias y cooperar con agencias de supervisión en relación con actividades autorizadas por la ley, siempre que quienes vean o reciban la información acepten destruirla o devolverla cuando terminen con ella y no usarla en su contra.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un examinador médico o un director de funeraria

- Podemos compartir información de identificación del paciente e información de salud con un forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona fallece.

Investigación

- Podemos utilizar o compartir su información para llevar a cabo investigaciones en materia de salud o colaborar en ellas.
- Los investigadores no pueden incluir ninguna información de identificación del paciente en sus informes sobre la investigación. *Ejemplo: Compartimos datos con plataformas de análisis de salud poblacional, como Arcadia, para seguir las tendencias de salud y las necesidades de mejora de nuestros pacientes.*

Denunciar sospechas de abuso y negligencia infantil •

Solo reportaremos la información que exige la ley.

Prevenir o reducir la delincuencia en nuestro programa

- Podemos reportar a las autoridades policiales cuando un paciente comete o amenaza con cometer un delito dentro de nuestro programa o contra nuestro personal.

Atender solicitudes de compensación al trabajador, autoridades policiales y de otras entidades gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información de salud:

- Para reclamaciones de compensación al trabajador.
- Para fines relacionados con el cumplimiento de la ley o con un oficial de las fuerzas del orden.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como militares, de seguridad nacional y de los servicios de protección presidencial.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación. Seguiremos todo procedimiento aplicable antes de utilizar o compartir su información de TCS, sujeta a la Parte 2 del Título 42 del CFR, para investigaciones y procedimientos legales.

- No utilizaremos ni compartiremos su información ni proporcionaremos testimonio sobre esta en ningún proceso civil, administrativo, penal o legislativo en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial.
- Solo responderemos a una orden judicial para utilizar o compartir su información de salud si va acompañada de una citación o de alguna otra orden legal similar que nos obligue a cumplir.
- Solo utilizaremos o compartiremos su información en procesos contra usted con base en una orden judicial después de haber recibido notificación y la oportunidad de ser escuchados, o después de que usted nos informe de que ha recibido una notificación.
- Podemos utilizar o compartir su información para responder a procesos legales contra nuestro programa con base en una orden judicial y es posible que usted no sea notificado con antelación. Tiene derecho a solicitar la anulación o modificación de la resolución judicial una vez que haya tenido conocimiento de ella.

Intercambio electrónico de información de salud

- Conservamos su información de salud en un sistema electrónico de registros médicos que permite a Village Health Center y a sus empleados acceder a su información de salud por motivos específicos.
- También participamos en diversos intercambios electrónicos de información de salud que facilitan el acceso a la información de salud por parte de otros proveedores de atención médica que le prestan atención, si procede. Puede elegir no compartir su información de salud mediante un intercambio electrónico de información de salud completando un formulario de exclusión.

Acuerdos organizados de atención médica

- **Integrated Health Partners of Southern California:** Village Health Center es miembro de Integrated Healthcare Partners ("IHP") of Southern California, una red clínicamente integrada que funciona como un Acuerdo organizado de atención médica. Como parte de esta membresía, participamos conjuntamente en actividades de evaluación y mejora de la calidad y en actividades de revisión de utilización junto con los demás miembros de IHP. Como parte de este acuerdo, su información de salud puede compartirse con estos fines.
- **OCHIN:** Village Health Center también forma parte de un Acuerdo organizado de atención médica que incluye participantes en OCHIN. Una lista actualizada de participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como socio comercial de Village Health Center, OCHIN le suministra a este y a otros de sus participantes tecnología de la información y servicios relacionados. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de buenas prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registros médicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las remisiones internas y externas de pacientes. Su información personal de salud puede ser compartida por Village Health Center con otros participantes de OCHIN o en un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para tratamiento médico o para los propósitos de operaciones de atención médica del acuerdo organizado de atención médica. Operaciones de

atención médica pueden incluir, entre otras cosas, geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que usted recibe. La información personal de salud puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Normas de privacidad. La información, en la medida en que se revele, se divulgará de conformidad con las Normas de privacidad o cualquier otra legislación aplicable, según sus modificaciones periódicas. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, es posible que la información ya haya sido proporcionada según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las que se les ha divulgado su información.

Uso de herramientas de inteligencia artificial (IA)

- Village Health Center puede utilizar herramientas habilitadas por IA para ayudar en su atención, incluyendo tratamiento, pago y operaciones de atención médica, de conformidad con la ley aplicable. Por ejemplo, su proveedor puede solicitar su permiso para usar herramientas de IA seguras y compatibles con la HIPAA para ayudar con la documentación clínica. Si otorga su consentimiento para el uso de estas herramientas, las mismas procesarán el audio de sus conversaciones con su proveedor de atención médica y crearán borradores de notas de la información de salud derivada de su cita. Todo el contenido generado por IA utilizando la herramienta de documentación es revisado por su proveedor de atención médica con licencia antes de incluirse en su registro médico.
- Cuando su información esté sujeta a protecciones adicionales (incluidos registros de TCS e información sujeta a leyes de confidencialidad más estrictas de California), la utilizaremos o compartiremos a través de estas herramientas solo según lo permitan dichas leyes y, cuando sea necesario, solo con su consentimiento o autorización específicos por escrito. Nunca comercializamos ni vendemos su información de salud protegida. Puede solicitar información sobre las herramientas de IA utilizadas para su atención y optar por no participar en la documentación clínica asistida por IA en cualquier momento sin que ello afecte su atención.

Protecciones adicionales en virtud de la ley de California

- Según la ley de California, cierta información de salud sensible, incluyendo información sobre salud mental y conductual, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, atención afirmativa de género, información de salud reproductiva y genética, y ciertos registros pediátricos, está sujeta a protecciones adicionales. Tiene derecho a solicitar que no compartamos dicha información sensible sin su consentimiento por escrito. Además, cumpliremos con cualquier restricción aplicable para compartir cierta información de salud sensible fuera de California.
- En los casos en que la legislación de California ofrezca mayor protección que la HIPAA u otras leyes federales, utilizaremos y divulgaremos esta información de salud solo en la medida en que lo permita la legislación de California y, cuando sea necesario, únicamente con su autorización específica por escrito.

Nuestras responsabilidades

- Por ley estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos con prontitud si se produce alguna violación de seguridad que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia de las mismas.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra forma que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos autorice a hacerlo por escrito mediante una autorización de divulgación firmada y fechada.
- Puede cambiar de opinión sobre compartir información en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacypractices/index.html

Cambios en los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible, previa solicitud, en la ventanilla de registro de Village Health Center.

Acuse de recibo de este aviso

Firma del paciente o de otra
Persona legalmente responsable

Relación de la persona
legalmente responsable con el paciente

Fecha

Open Payments Database Notice/ Noticia De Pago de Confidencialidad

Name/Nombre:	Pt DOB/Fecha de Nacimiento:
--------------	-----------------------------

The Open Payments database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at openpaymentsdata.cms.gov.

La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en openpaymentsdata.cms.gov.

Patient Signature/ Firma del Paciente

Date/Fecha