

Registro de pacientes

Nombre legal del paciente: _____
Último primero Medio

Dirección de envío: _____
Calle o Apartado Postal # De apto

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____ Sexo: ☐ METRO ☐ F

Teléfono móvil: (_____) Teléfono de casa: (_____)

Email: _____

Raza del niño: ☐ Paciente indio americano o nativo de Alaska ☐ asiático ☐ afroamericano ☐ Blanco ☐ Desconocido
☐ rechazado ☐ Otro: _____

Origen étnico del niño: ☐ hispano o latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Paciente rechazado ☐ Desconocido

Adoptado / Custodia: ☐ si ☐ No (en caso afirmativo, proporcione documentación legal para la historia clínica del paciente)

Proveedor preferido: _____ Idioma preferido: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

Padre / tutor legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Dirección (si es diferente): _____

Teléfono de casa: (_____) Célula: : (_____)

Padre / tutor legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Dirección (si es diferente): _____

Teléfono de casa: (_____) Célula: : (_____)

Hermanos y DOB: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación de la póliza: _____ Grupo #: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: _____ Copago: ☐ Y ☐ N (en caso afirmativo) Cantidad: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación de la póliza: _____ Grupo #: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: _____ Copago: ☐ Y ☐ N (en caso afirmativo) Cantidad: _____

Acepto que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si es mayor de 14 años, el paciente DEBE firmar este formulario.

Nombre en letra de imprenta (paciente o tutor si es menor de 14 años)

Fecha

Firma (paciente o tutor si es menor de 14 años)

Relación con el paciente

Registro y consentimiento del paciente



Delegación de consentimiento para niños menores y reconocimiento de recepción de prácticas de privacidad

YO, _____, autorizar Los niños primero Pediatrics, LLC y su personal para brindar cualquier

Nombre en letra de imprenta (paciente o tutor si es menor de 14 años)

toda la atención médica y la atención que un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Alabama considere necesario y apropiado para el tomo y / o los niños enumerados a continuación. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos y atención de emergencia. Esta autorización será válida hasta que retire mi delegación de consentimiento.

(Por favor imprimir)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

La siguiente sección debe completarse si el paciente es menor de 14 años:

YO, _____, autorizo a las siguientes personas a traer a mi (s) hijo (s) para recibir tratamiento

Nombre en letra de imprenta del padre biológico o tutor legal

y dar su consentimiento para cualquier y toda la atención y atención médica que un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Alabama considere necesario y apropiado. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, tratamiento médico, intervención quirúrgica, procedimientos electivos y atención de emergencia. Esta delegación será válida hasta que retire mi delegación de consentimiento.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relacion hacia el niño: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relacion hacia el niño: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relacion hacia el niño: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relacion hacia el niño: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relacion hacia el niño: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relacion hacia el niño: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relacion hacia el niño: _____

Tenga en cuenta: Si el paciente es menor de 14 años, la persona mencionada anteriormente es la **SOLAMENTE** personas (que no sean padres biológicos o tutores legales) autorizadas para llevar a su (s) hijo (s) al médico.

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina que explica cómo se utilizará y divulgará la información médica de mi hijo o de mi hijo, y / o comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento si lo solicito. Además, acepto recibir llamadas, mensajes detallados o correspondencia sobre mis citas o las de mi (s) hijo (s), resultados de laboratorio y radiografías, u otra información de atención médica en la dirección y números de teléfono que figuran en la página 1 de este Paciente. Formulario de inscripción.

Si es mayor de 14 años, el paciente DEBE firmar este formulario.

Nombre en letra de imprenta (paciente o tutor si es menor de 14 años)

Relación con el paciente

Firma (paciente o tutor si es menor de 14 años)

Fecha

Testigo

Traductor / lector (si corresponde)



Nombre del paciente: _____

Nombre de mamá: _____

Nombre de papá: _____

ALERGIAS: enumere las alergias a medicamentos, alimentos u otras alergias del paciente:

☐ Sin alergias a medicamentos conocidas O, enumere las alergias a medicamentos:

☐ Sin alergias a alimentos u otras O, enumere las alergias a alimentos u otras:

MEDICAMENTOS: enumere los medicamentos y suplementos del paciente:

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS: enumere las afecciones médicas del paciente:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS: enumere las cirugías anteriores del paciente y las fechas aproximadas:

Operación	Fecha / Lugar	Operación	Fecha / Lugar
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

REGISTROS DE NACIMIENTO:

Instalación de parto: _____

Ciudad de la instalación, estado: _____

La siguiente información DEBE coincidir con los registros de nacimiento: Fecha de

nacimiento del paciente: _____

Nombre del paciente (nombre, apellido): _____

Nombre de la madre biológica (nombre, apellido): Número de _____

seguro social de la madre biológica: _____

HISTORIAL DE INMUNIZACIONES:

Adjunte un registro completo de vacunas.

Si no tiene un registro completo de vacunas, enumere todas las instalaciones donde el paciente ha recibido vacunas:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿El paciente es adoptado? ☐ si ☐ No

Padres: Madre: ☐ Viva ☐ Fallecido Padre: ☐ Viva ☐ Fallecido

Hermano (s): Hermana (s): ¿Cuántos están vivos? _____ Cuantos fallecidos? _____
Hermano (s): ¿Cuántos están vivos? _____ ¿Cuántos han fallecido? _____

Complete la siguiente sección si NO se adoptó: HISTORIA FAMILIAR: Indique con un cheque para parientes con cualquiera de los

siguientes condiciones:								
Condición médica	Mamá	Papá	Hermana	Hermano	De mamá Mamá	Mamá Papá Pa	á Mamá	Papá de papá
Anemia								
Asma								
Desorden autoinmune								
Problemas de sangrado								
Cáncer de mama								
Cáncer, Otro								
Defecto de nacimiento								
Depresión								
Diabetes								
Eczema								
Epilepsia								
Trastorno genético								
Fiebre del heno / Alergias								
Trastorno auditivo								
Colesterol alto								
Hipertensión								
Trastorno inmunológico								
Nefropatía								
Discapacidad de aprendizaje								
Carrera								
Apnea del sueño								
Abuso de sustancias								
Trastornos de la tiroides								
El consumo de tabaco								
Tuberculosis								
Muerte antes de los 56 años								
Otro:								

HISTORIA SOCIAL:

¿Quién vive en casa con el paciente?

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

¿Son los padres de su hijo? ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Separado / Divorciado - si es así, ¿cuándo? _____

Ocupación de la madre: _____

Trabajo del padre: _____

Situación de cuidado infantil: ☐ Padres
☐ Otros (especificar quién / dónde) Ejemplo "Guardería-MDO": _____

¿Es motivo de preocupación la violencia en el hogar? ☐ si ☐ No



Política financiera

La política de esta oficina es ayudar a mantener los costos de atención médica lo más bajos posible. Para hacer esto, necesitamos mantener nuestros costos de facturación al mínimo. Ayúdenos de las siguientes formas:

- Lleve siempre a la oficina su tarjeta de seguro médico actual.
- Notifíquenos de cualquier cambio en el seguro, la dirección, el teléfono o el estado familiar al momento del check-in.

SEGURO: Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos por su plan, y usted será 100% responsable de estos cargos. Las siguientes son sus responsabilidades:

- Asegúrese de que nuestros proveedores participen activamente con su compañía de seguros.
- Conozca su cobertura de beneficios y la de sus dependientes y verifique su elegibilidad antes de recibir los servicios.
- Conozca los montos de su copago, coseguro y / o deducible.
- Asegúrese de que todas las personas de su póliza tengan el médico de atención primaria correcto seleccionado en su compañía de seguros, ya que esta es la razón número uno por la que se rechazan los reclamos.
- Asegúrese de que se cumplan todos los requisitos de autorización previa para evitar rechazos o beneficios fuera de la red.
- Se le considerará como pago por cuenta propia por la visita del día si:
 - o No tiene seguro;
 - o Nuestra práctica no participa con su plan de salud;
 - o No puede presentar una tarjeta de identificación de miembro válida de su compañía de seguros en su visita; o
 - o No podemos verificar su cobertura de seguro.

FACTURACIÓN DEL SEGURO: Recuerde que debemos recibir información de facturación actualizada para cumplir con las pautas de presentación de reclamaciones establecidas por su plan de seguro. Si no proporciona información completa y precisa del seguro primario y / o secundario en la fecha del servicio, será responsable de los servicios prestados ese día.

Si no somos un proveedor participante de su plan de seguro o si su plan de seguro no brinda cobertura para el proveedor que está consultando, usted será 100% responsable de todos los cargos incurridos y se considerará que usted paga por todas las visitas.

En resumen, usted es financieramente responsable de

- Servicios denegados y no cubiertos;
- Servicios que su póliza considera que no son médicamente necesarios;
- Copagos, deducibles y coseguro;
- Reclamaciones pendientes debido a la falta de información del paciente o del garante.
- Beneficios que no pertenecen al seguro y / o fuera de la red.

COPAGOS: Nuestros contratos de seguro nos exigen que cobremos todos los copagos y los montos responsables del paciente. Los copagos vencen al momento del servicio. Si no conoce su copago, es posible que solicitemos un depósito de \$ 25.00 antes de que lo vea un médico.

DEDUCIBLES: Si no ha alcanzado su deducible, podemos solicitar un depósito de \$ 90.00 antes de que lo vea el médico.

PACIENTES AUTOPAGOS: Los pacientes que pagan por cuenta propia deben hacer un depósito de \$ 90.00 durante el check-in. Si se acumulan cargos adicionales durante la visita, debe pagarlos antes de salir de la oficina.

NOMBRAMIENTOS QUE NO SON DE EMERGENCIA: Las visitas de niño sano, los exámenes físicos o cualquier seguimiento o visita que no sea de emergencia se pueden reprogramar si no se pagan los saldos pendientes, los copagos o los cargos de pago propio en el momento del servicio.

CHEQUES DEVUELTOS: La tarifa actual por cheques devueltos es de \$ 30.00. Tenemos derecho a ajustar la cantidad en cualquier momento.

CUSTODIA DEL NIÑO: Para cualquier niño visto, el padre o adulto acompañante es responsable del pago completo en el momento del servicio. En caso de divorcio, no coloque nuestra oficina en medio de disputas de custodia matrimonial. Es su responsabilidad resolver el pago de la atención médica de su hijo entre el padre con custodia y el que no tiene la custodia.

DECLARACIONES: Enviaremos estados de cuenta mensuales por los cargos que se hayan identificado como su responsabilidad. Su estado de cuenta mensual enumerará por separado los saldos anteriores, cualquier cargo nuevo a la cuenta y cualquier pago o crédito aplicado a su cuenta durante el mes.

PAGOS: A menos que otros arreglos sean aprobados por nosotros por escrito, el saldo de su estado de cuenta vence y es pagadero cuando se emite el estado de cuenta y está vencido si no se paga dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta.

COLECCIONES: No pagar el saldo de la cuenta en su totalidad dentro de los 30 días a partir de la fecha del estado de cuenta puede resultar en una tarifa de recarga de \$ 5.00 para cubrir el costo de enviar estados de cuenta adicionales. Cualquier saldo vencido que no se pague después de 120 días a partir de la fecha del estado de cuenta inicial se entregará a una agencia de cobranza. Usted será responsable de los cargos y tarifas que resulten de esta acción. Si su cuenta debe enviarse a una agencia de cobranza, nosotros

continuará viéndolo solo en caso de emergencia durante 30 días, lo que le dará tiempo para encontrar una nueva fuente de atención médica.

PLANES DE PAGO: Sabemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, lo alentamos a que se comunique con nuestra oficina de inmediato para los arreglos de pago y asistencia en la administración de su cuenta. Ofrecemos un plan de pago limitado para aquellos pacientes que necesitan cierta flexibilidad, con los siguientes criterios:

1. Se le pedirá que nos proporcione un número de tarjeta de crédito o débito para procesar automáticamente su pago en fechas específicas.
2. El saldo debe pagarse en su totalidad dentro de los seis meses posteriores a la fecha de un acuerdo de plan de pago firmado (a menos que se especifique lo contrario).
3. Una copia de este acuerdo le servirá como recordatorio. No se enviarán estados de cuenta regulares por este saldo.
4. No se pueden agregar cargos futuros a este plan de pago, ya que no está destinado a ser una cuenta de cargo renovable. Hasta que el acuerdo de pago inicial se pague en su totalidad, todos los costos de las visitas futuras deberán pagarse en su totalidad en el momento del servicio.
5. Si en algún momento no puede cumplir con este acuerdo de pago y no notifica a Kids First Pediatrics, su cuenta se enviará a una agencia de cobranza. Si su cuenta se reenvía a cobros, se le otorgarán 30 días para seleccionar un nuevo médico de atención primaria. Durante ese período de 30 días, continuaremos brindando atención médica solo de emergencia para su hijo.

COPIAS DE EXPEDIENTES MÉDICOS: Según la ley estatal, se le puede cobrar hasta \$ 1.00 por cada página de las primeras 25 páginas, \$ 0.50 por cada página que exceda las 25 páginas y una tarifa de búsqueda de \$ 5.00 por cada registro médico del paciente solicitado.

He leído y comprendo la política financiera de Kids First Pediatrics. Certifico que le he proporcionado a Kids First Pediatrics información completa y precisa sobre la cobertura del seguro, y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios o tarifas, independientemente de la cobertura del seguro. Además, autorizo la divulgación de la información necesaria para que Kids First Pediatrics reciba el pago por los servicios.

Firma del Garante:

Fecha:



Políticas generales de la oficina

EL PROPÓSITO DE NUESTRA SALA DE ESPERA

Tenga en cuenta que la sala de espera está designada para chequeos de bebés y niños sanos **SOLAMENTE**. El propósito principal de esta política es proteger a los bebés recién nacidos y a otros pacientes que puedan tener un sistema inmunológico más débil.

Por favor, siéntese en el área de espera de **ENFERMOS** si:

- Usted, su hijo o cualquier amigo o familiar que lo acompañe tiene o muestra síntomas de una enfermedad o enfermedad contagiosa, por ejemplo, un resfriado, un sarpullido, gripe o estreptococo, fiebre, tos, secreción nasal, etc.
- Estas aquí por **alguna** otra razón que no sea una visita de rutina. Su hijo tiene más de dos años y ha elegido **no** para
- vacunar a su hijo.

**** Por favor notifique a la recepción si su hijo está vomitando activamente o tiene dificultad para respirar, y un asistente médico o proveedor evaluará y aislará inmediatamente a su hijo si es necesario.**

ZONA LIBRE DE AROMAS

Las sustancias químicas que se utilizan en los productos perfumados pueden enfermar a algunas personas, especialmente a las que tienen sensibilidad a las fragancias, asma, alergias y otras afecciones médicas.

Por favor **NO HAGA** use perfume, lociones perfumadas, colonia, para después del afeitado u otras fragancias. Utilice productos de cuidado personal sin perfume los días que visite nuestra oficina.

¡Ayúdanos a mantener el aire que compartimos saludable y sin fragancias!

SEGURO INACTIVO

Como se indica en nuestra política financiera, si su seguro se muestra inactivo o si no podemos verificar su seguro, se le pedirá que pague la visita completa por adelantado o se le pedirá que re programe su cita.

Como cortesía para usted, si más adelante puede demostrar que su seguro estaba activo en el momento de la visita, le reembolsaremos la visita menos los copagos, deducibles o coseguro. **después** recibimos el pago de su compañía de seguros.

OPCIONES DE PAGO

1. **Pacientes existentes** que no tienen cuentas de garantía morosas cuyo seguro no se puede verificar puede ser atendido por una visita por enfermedad siempre que tengamos una tarjeta de crédito válida registrada. Si su seguro permanece inactivo después de nuestro ciclo de facturación inicial (2 semanas), cargaremos el monto total de la visita a su tarjeta de crédito.
2. **Pacientes recién nacidos** que no tengan cuentas de garantía morosas cuyo seguro no se pueda verificar pueden ser atendidos hasta por dos meses. Este período de gracia de dos meses le permite completar todas las solicitudes y enviar documentos de respaldo a su compañía de seguros después del nacimiento de su hijo. Si su seguro permanece inactivo después del período de gracia de dos meses, consulte la opción de pago 1: pacientes existentes.
3. **Pacientes de Medicaid** con una póliza inactiva son bienvenidos a pagar por sus propios servicios. Tenga en cuenta que Medicaid no puede hacer retroceder ninguna visita y no le reembolsará. Su cobertura retroactiva o renovación de póliza depende de cuánto tiempo hace que expiró su elegibilidad para Medicaid. Si ha sido en el último mes, puede hablar con su asistente social o llamar a la línea de ayuda 1-800-362-1504 y pedirle que actualice su registro. Si han pasado más de 6 a 8 semanas, deberá volver a solicitar Medicaid. La mejor forma de hacerlo es presentar la solicitud en línea en www.insurealabama.org.

Por favor, comprenda que la intención de estas políticas es ayudarnos a ofrecer un alto nivel de atención a nuestros pacientes. No están destinados a ser una carga.

¡También nos comprometemos a hacer nuestra parte para mantener nuestro horario en movimiento de la manera más eficiente posible!

Firma del paciente / tutor

Fecha



Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre del paciente (Último)	(Primero)	(MI)
Fecha de nacimiento	Número de teléfono	

☐ Yo, el abajo firmante, autorizo Los niños primero Pediatrics, LLC para **recibir** la PHI del paciente mencionado anteriormente **DE:**

☐ Yo, el abajo firmante, autorizo Los niños primero Pediatrics, LLC para **lanzamiento** la PHI del paciente mencionado anteriormente **A:**

Instalación y proveedor		
Dirección	Estado de la Ciudad	Código Postal
Número de teléfono	Número de fax	

Razón de la transferencia o divulgación de PHI:

- | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|
| ☐ Cambio de seguro | ☐ Transferencia de atención | ☐ Continuidad de la atención | ☐ Legal |
| ☐ Mudarse fuera del área | ☐ Consulta especializada | ☐ Personal | |

PHI específica que se transferirá o divulgará:

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Historial médico completo | ☐ Registro de control y vacunación del niño sano más reciente | ☐ Otro: _____ |
|--|--|--------------------------------------|

Entiendo que se proporcionará todo el registro de tratamiento médico del paciente, incluida la información relacionada con el abuso de drogas o alcohol y el tratamiento psicológico o psiquiátrico, a menos que especifique que NO se debe divulgar la siguiente información:

Información específica que NO debe divulgarse

Firma

* Hay una tarifa para entregar los registros médicos a un padre o tutor legal. Según la ley estatal, se le puede cobrar hasta \$ 1.00 por cada página de las primeras 25 páginas, \$ 0.50 por cada página que exceda las 25 páginas y una tarifa de búsqueda de \$ 5.00 por cada registro médico del paciente solicitado. *

Se prohíbe la divulgación o transferencia de la información especificada a cualquier persona o entidad no especificada anteriormente. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, no puedo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito por correo certificado, con acuse de recibo solicitado al Oficial de Privacidad al Los niños primero Pediatría. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. También entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. Entiendo que una vez que se divulgue esta información de atención médica, es posible que la nueva divulgación por parte del destinatario ya no esté protegida por la ley.

Esta autorización es válida hasta _____ o dos años a partir de la fecha de la firma. Solo los registros de la instalación / proveedor enumerados anteriormente pueden ser liberado legalmente. Cualquier registro de otro médico debe obtenerse de ellos.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta solicitud.

Paciente / padre / tutor legal impreso

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

Firma de testigo

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA: Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos y divulgamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, profundizaremos en el significado y brindaremos ejemplos más específicos, si lo solicita. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías. Debemos obtener su autorización antes del uso y divulgación de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing y divulgaciones que constituyan una venta de PHI. Los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso de prácticas de privacidad se realizarán únicamente con la autorización del individuo.

Para pago: Podemos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que reciba en Kids First Pediatrics (en adelante, "KFP") se le facturen y se le pueda cobrar el pago a usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo: podemos divulgar su registro a una compañía de seguros, para que nos paguen por su tratamiento.

Para tratamiento: Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que participe en su atención en KFP o en el hospital. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a personas ajenas a HP que puedan estar involucradas en su atención médica, como miembros de su familia, miembros del clero u otras personas que formen parte de su atención.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica para operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar KFP y garantizar que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de KFP con fines de revisión y aprendizaje. Por ejemplo, podemos revisar su registro para ayudar en nuestros esfuerzos de mejora de la calidad.

QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO: Este aviso describe las políticas y procedimientos de KFP y los de cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en su historial médico, cualquier miembro de un grupo de voluntarios al que permitimos ayudarlo, así como todos los empleados, personal y otro personal de KFP.

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL: Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en KFP. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por KFP, ya sean hechos por el personal de KFP o por su médico personal. La ley nos exige que: nos aseguremos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y seguir los términos del aviso que está actualmente en vigor. Otras formas en que podemos usar o divulgar su información médica protegida incluyen: recordatorios de citas; según lo requiera la ley; para beneficios y servicios relacionados con la salud; a las personas involucradas en su atención o en el pago de su atención; investigación; para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad; y alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su información personal podrían incluir la divulgación a, o para: médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias; actividades de salud sobre la vista; cumplimiento de la ley; juicios y disputas; militares y veteranos; actividades de inteligencia y seguridad nacional; donación de órganos y tejidos; riesgos para la salud pública; y compensación laboral.

AVISO DE DERECHOS INDIVIDUALES

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho a una copia impresa de este aviso: Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

Derecho a inspeccionar y copiar: Tiene derecho a inspeccionar y copiar información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas.

Derecho a enmendar: Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para KFP. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad y debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción. Podemos denegar su solicitud de enmienda.

Derecho a solicitar la eliminación de las comunicaciones de recaudación de fondos: Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de la práctica.

Derecho a restringir las divulgaciones al plan de salud: Tiene derecho a restringir las divulgaciones de PHI a un plan de salud si la divulgación es para el pago de operaciones de atención médica y se refiere a un artículo o servicio de atención médica por el cual ha pagado de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito y debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción.

Derecho a un informe de divulgaciones: Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Se puede obtener un formulario de solicitud en la recepción.

CAMBIOS A ESTE AVISO: Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Una copia actual estará disponible en la recepción.

QUEJAS: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante KFP o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante KFP, comuníquese con Beth Weldon, (256) 999-0808, 23800 John T Reid Pkwy, Scottsboro, AL 35768. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Un formulario de quejas está disponible a pedido. Usted no será penalizado por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican al uso se realizarán solo con su autorización por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

Firma del paciente / tutor: _____

Fecha: _____

A. Acceso a la atención

Las personas deberán tener acceso imparcial al tratamiento que esté disponible y médicamente indicado, independientemente de su raza, credo, sexo, nacionalidad, religión, orientación sexual, discapacidad o fuente de pago. Hay servicios de traducción gratuitos disponibles.

B. Respeto y dignidad

El paciente tiene derecho a recibir atención considerada y respetuosa en todo momento, bajo cualquier circunstancia, con reconocimiento de su dignidad y valor personal.

C. Privacidad y confidencialidad

El paciente tiene derecho, dentro de la ley, a la privacidad personal y la privacidad de la información, como se manifiesta en el derecho a:

1. Negarse a hablar o ver a cualquier persona que no esté oficialmente relacionada con la clínica, incluidos los visitantes, personas oficialmente relacionadas con la clínica pero que no estén directamente involucradas en su atención.
2. Use ropa personal apropiada y artículos religiosos o simbólicos, siempre que no pongan en peligro la seguridad o interfieran con los procedimientos de diagnóstico o tratamiento.
3. Ser entrevistado y examinado en un entorno diseñado para asegurar una privacidad audiovisual razonable. Esto incluye el derecho a que una persona de su propio género esté presente durante ciertas partes de un examen físico, tratamiento o procedimiento realizado por un profesional de la salud del sexo opuesto; y el derecho a no permanecer desnudo más tiempo del requerido para lograr el propósito médico para el cual se le pidió al paciente que se desnudara.
4. Espere que cualquier discusión o consulta que involucre su caso se lleve a cabo de manera discreta y que las personas que no estén involucradas en la atención directa no estarán presentes sin el permiso del paciente.
5. Hacer que su registro médico sea leído solo por personas directamente involucradas en el tratamiento o el control de la calidad, y por otras personas solo con la autorización por escrito del paciente o de su representante legalmente autorizado.
6. Espere que todas las comunicaciones y otros registros relacionados con su atención, incluida la fuente de pago del tratamiento, se traten de forma confidencial.
7. Espere que la información proporcionada a los familiares preocupados u otra persona significativa legalmente calificada, sea entregada en privacidad y con la debida consideración de confidencialidad.
8. Solicitar el traslado a otra habitación disponible si otro paciente o visitantes en esa habitación molestan de manera irrazonable a dicho paciente.
9. Ser colocado en una privacidad protectora y / o se le asignará un alias cuando se considere necesario para la seguridad personal.

D. Seguridad y protección personal

El paciente tiene derecho a esperar una seguridad razonable en lo que respecta a las prácticas clínicas y el entorno. Algunas medidas de seguridad incluyen acceso limitado a las instalaciones mediante el uso de lectores y tarjetas de acceso electrónico en las entradas exteriores y las entradas a las áreas clínicas, y el uso de insignias de identificación de los empleados que deben mostrarse de manera visible.

E. Identidad

El paciente tiene derecho a conocer la identidad y el estado profesional de las personas que brindan el servicio y qué médico u otro profesional es el principal responsable de su atención. Esto incluye el derecho del paciente a conocer la existencia de cualquier relación profesional entre las personas que lo están tratando, así como la relación con las instituciones de salud o educativas involucradas en su atención. La participación de los pacientes en programas de investigación, o en la recopilación de datos con fines de investigación, será voluntaria con un consentimiento informado firmado.

F. Información

1. El paciente tiene derecho a obtener del médico responsable de coordinar su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico (en la medida en que se conozca), tratamiento, manejo del dolor y cualquier pronóstico conocido. Esta información debe comunicarse en términos que el paciente pueda razonablemente entender. Cuando no sea médicamente aconsejable proporcionar dicha información al paciente, la información se pondrá a disposición de una persona legalmente autorizada.
2. El paciente tiene derecho a acceder formalmente a su historial médico. El paciente deberá completar la Autorización para divulgar información médica protegida (formulario # 1148) que luego se envía a la Administración de información médica para su procesamiento. Se notificará al Gerente / Enfermera a cargo cuando se realicen tales solicitudes.
3. El paciente puede acceder, solicitar una enmienda y / o recibir un informe de las divulgaciones de su propia información médica protegida según lo permita la ley aplicable.

G. Comunicación

1. El paciente tiene derecho de acceso a personas ajenas a la clínica mediante visitas, y mediante comunicación oral y escrita. El paciente puede solicitar que no se le incluya en el directorio de pacientes. Inclusión en el paciente

directorio significa que el nombre del paciente; A las personas que preguntan por el nombre del paciente se les puede dar un número de habitación y un informe de estado general.

2. El paciente prisionero tiene derecho a recibir visitas solo si lo aprueba el director de la prisión o cárcel donde se encuentra encarcelado el paciente prisionero.
3. Cuando el paciente no hable o no comprenda el idioma predominante de la comunidad, o tenga problemas de audición, deberá tener acceso a un intérprete si es posible. Esto es particularmente cierto cuando las barreras del idioma son un problema continuo.

H. Consentimiento

1. El paciente tiene derecho a una participación razonablemente informada en las decisiones que involucren su atención médica. En la medida de lo posible, se basará en una explicación clara y concisa de su estado y de todos los procedimientos técnicos propuestos, incluidas las posibilidades de cualquier riesgo de mortalidad o efectos secundarios graves, problemas relacionados con la recuperación y probabilidad de éxito. El paciente no podrá ser sometido a ningún procedimiento sin su consentimiento voluntario, competente e informado, o el de su representante legalmente autorizado. Cuando existan alternativas de atención o tratamiento de importancia médica, se informará al paciente.
2. El paciente tiene derecho a saber quién es el responsable de autorizar y realizar los procedimientos o tratamiento.
3. Se informará al paciente si el médico se propone participar o realizar experimentación humana u otros proyectos de investigación / educación que afecten su atención o tratamiento, y el paciente deberá firmar un consentimiento informado si desea participar y mantiene el derecho a negarse a participar. o retirarse de dicha actividad en cualquier momento.
4. El paciente puede rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley. Cuando el rechazo del tratamiento por parte del paciente o su representante legalmente autorizado impide la prestación de la atención adecuada de acuerdo con los estándares éticos y profesionales, la relación con el paciente puede terminarse con un aviso razonable.
5. Si un paciente está inconsciente o se determina que es mentalmente incompetente y no se puede obtener el consentimiento de un miembro apropiado de la familia, se pueden emprender acciones legales para obtener una orden judicial para procedimientos de diagnóstico y terapéuticos. En emergencias potencialmente mortales, donde el paciente es incompetente o inconsciente, se puede administrar el tratamiento apropiado sin consentimiento.

YO. Consulta

El paciente, a su propia solicitud y gasto, tiene derecho a consultar con un especialista.

J. Transferencia y continuidad de la atención

1. Un paciente no puede ser trasladado a otra instalación a menos que haya recibido una explicación completa de la necesidad de la transferencia y las alternativas a dicha transferencia, y a menos que la transferencia sea aceptable para la otra instalación. El paciente tiene derecho a ser informado por el médico responsable o su delegado de cualquier requisito de atención médica continua después del alta de la clínica.
2. Independientemente de la fuente de pago por su atención, el paciente tiene derecho a solicitar y recibir una explicación detallada y detallada de su factura final total por los servicios prestados en la clínica. Se informará al paciente de la elegibilidad para el reembolso de cualquier cobertura de terceros durante la investigación financiera de admisión o previa a la admisión.

K. Normas y reglamentos de la clínica

Se informará al paciente de las normas y reglamentos de la clínica aplicables a su conducta como paciente. El Aviso de prácticas de privacidad de la clínica está disponible en la recepción o se puede encontrar en el sitio web de la clínica.

L. Proceso de quejas

El paciente tiene derecho a presentar una queja sobre los servicios y tiene derecho a recibir información sobre el mecanismo de la clínica para iniciar, revisar y resolver dichas quejas.

M. Responsabilidades del paciente

Los pacientes tienen la responsabilidad de:

1. Proporcionar información precisa y completa sobre quejas médicas, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, dolor y otros asuntos relacionados con su salud.
2. Seguir el plan de tratamiento recomendado por los responsables de su cuidado.
3. Sus acciones si rechazan el tratamiento o no siguen las instrucciones del equipo de atención médica.
4. Ver que sus facturas se paguen lo antes posible; siguiendo las reglas y regulaciones de la clínica.
5. Ser considerado con los derechos de otros pacientes y personal de la clínica.
6. Buscar información y, en caso de tener dudas, plantearles.

Firma del paciente / tutor: _____

Fecha: _____