MERCY
HEALTH CENTER

PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES

Nuestra misión es demostrar y compartir el amor de Jesús a través de una atención médica de calidad, integral, con nuestros vecinos desatendidos.

MORE INFO

T: 706.425.9445
F: 706.425.0820
mercyhealthcenter.net
700 Oglethorpe Ave C7
Athens GA 30606

MERCY HEALTH CENTER

¿Actualmente tienes seguro? (Dental/Visión/Médico)	
¿En qué condado vives?	
¿Está bajo el cuidado de un proveedor de atención primaria?	
¿Actualmente está tomando algún medicamento recetado?	
¿Cuál es el número de personas en su hogar?	
¿Está interesado en servicios DENTALES, MÉDICOS o de SALUD CONDUCTUAL?	

Documentación requerida: debe actualizarla anualmente.

Comprobante de domicilio

Los solicitantes deben residir en uno de los 13 condados que atendemos. Se aceptan los siguientes documentos:

- Un documento postal con el nombre y la dirección actual del solicitante.
- Una carta de la institución (si el solicitante reside allí) que confirme su residencia.
- Para los solicitantes sin hogar, se puede completar un formulario de residencia; podemos ayudarles con la legalización notarial si es necesario.

Comprobante de ingresos

Los solicitantes deben cumplir con nuestros requisitos de elegibilidad de ingresos. La documentación aceptable incluye uno de los siguientes documentos:

- Recibos de nómina de los últimos tres meses
- Estados bancarios de los últimos tres meses
- Un comprobante de pago del Departamento de Trabajo

Si el comprobante de pago muestra $0 durante los últimos tres meses, requerimos una carta de apoyo de la(s) persona(s) que proporciona(n) asistencia financiera u otra forma válida de verificación de ingresos. Si el solicitante no tiene ingresos ni recibe asistencia de familiares, amigos, agencias gubernamentales, iglesias u otras fuentes, puede completar una Declaración de No Ingresos, y podemos ayudarle a legalizar el formulario ante notario si es necesario.

Identificación fotográfica

Se requiere uno de los siguientes documentos de identificación:

- Licencia de conducir
- Pasaporte
- Comprobante de alta penitenciaria o tarjeta de identificación de recluso

Documentación para pacientes nuevos

Todos los formularios para pacientes nuevos están disponibles en la recepción de nuestra oficina. **Tenga en cuenta que no podemos aceptar su solicitud hasta que haya completado y enviado todos los documentos requeridos**. Una vez que recibamos la solicitud completa, la procesaremos y nos comunicaremos con usted en un plazo de 24 horas (excepto fines de semana) para programar su cita. No se ofrecen citas antes de que se complete toda la documentación ni el mismo día en que se entrega la solicitud.

Para solicitantes de odontología (únicamente)

Si solicita plaza únicamente en el departamento de odontología, también deberá presentar un resumen de sus visitas médicas de los últimos 12 meses, emitido por su médico de cabecera. No se aceptarán resúmenes de visitas hospitalarias. Puede enviarlos por correo electrónico, fax, correo postal o entregarlos en persona; estos documentos forman parte de la documentación requerida y deben presentarse antes de poder programar una cita.

Gracias

Hoja de cálculo de ingresos familiares

1. **¿Presentas tu declaración de impuestos?**

SI- Número de personas a cargo _____

Cónyuge _____

Añade 1 por ti

1a TOTAL: _____

Por favor, complete la tabla de ingresos no laborales y laborales a continuación. Ignore esta sección "NO".

NO - ¿Apareces como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

a. Si - ¿Quién te declara como dependiente en su declaración de impuestos?

_____

1b. Incluyéndote a ti mismo, ¿cuántas personas están incluidas en ESA declaración de impuestos?

_____

Por favor, complete la tabla de ingresos no laborales y laborales a continuación. Ignore esta sección "NO".

1c. **NO** - ¿Cuántas personas viven en tu casa (incluyéndote a ti)? _____

Si su respuesta fue >1 (mayor de 1), responda las siguientes preguntas Y complete la tabla de ingresos no devengados y devengados.

1. ¿Cuántas personas en su hogar reciben algún tipo de ingreso? (Consulte la tabla a continuación para saber qué se considera ingreso). _____
2. ¿Qué tipo de ingresos reciben esas personas adicionales? ¿Y la cantidad que reciben mensualmente? (Utilice las líneas que se proporcionan a continuación para esto).

- _____$_____
- _____$_____
- _____$_____
- _____$_____
- _____$_____

1d TOTAL :_____

<u>Ingresos no derivados del trabajo e ingresos derivados del trabajo que se incluyen en sus ingresos (mensuales)</u>

- Pensión alimenticia: $_____
- Manutención infantil: $_____
- Aportaciones de otras personas (amigos/familiares): $_____
- Seguridad Social (incapacidad/jubilación/prestaciones para sobrevivientes): $_____
- Beneficios/compensación/seguro por desempleo: $_____
- Compensación laboral: $_____
- Sueldo: $_____
- Efectivo/cheques/Venmo/Cash App/Zell/PayPal: $_____
- Subsidio de recuperación/subsidio por cuidado de crianza: $_____
- Beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos: $_____
- Remuneración del cuidador: $_____

Ingresos no laborales y laborales TOTAL: $_____

Número de personas en el hogar: (Suma todos los datos de 1a, 1b o 1c) _____

Ingreso mensual promedio del hogar proveniente de todas las fuentes (Suma el total de 1d Y el total de la tabla de ingresos no laborales y laborales) _____

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

El Centro de Salud Mercy (MHC) se dedica a brindar atención primaria, ciertos servicios especializados, servicios de salud dental y servicios limitados de salud mental y bienestar. Creemos que las personas reciben la mejor atención cuando los profesionales de la salud trabajan en conjunto. Dado que los problemas físicos y emocionales suelen ir de la mano, los pacientes del MHC pueden ser derivados a otras especialidades dentro del equipo de tratamiento del MHC. Estos miembros del equipo se comunicarán sobre la atención del paciente, compartirán documentación y colaborarán adecuadamente para garantizar que los pacientes reciban la mejor atención posible.

Iniciale cada sección que comprenda y con la que esté de acuerdo, y firme al final.

Consentimiento para recibir atención médica

_____Doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento en MHC. Autorizo a todos los profesionales de la salud, incluyendo, entre otros, médicos, enfermeros practicantes, dentistas, consejeros y sus asistentes, empleados o voluntarios de MHC, a utilizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que consideren necesarios para una gestión y tratamiento adecuados.

_____ Entiendo que los estudiantes de odontología, medicina, enfermería, asistente médico y consejería no son profesionales con licencia y solo pueden brindar atención bajo la supervisión y dirección de un profesional de la salud con licencia.

_____ Entiendo que, para el tratamiento de pacientes, pueden ser necesarios estudios como radiografías, electrocardiogramas o pruebas psicológicas. Dado que la atención médica no es una ciencia exacta, no se ofrecen garantías sobre el curso o el efecto del tratamiento. Existen riesgos asociados con la toma de medicamentos. Cualquier pregunta sobre los beneficios, riesgos, opciones disponibles y medicamentos debe dirigirse al personal de MHC. Acepto los riesgos de la medicación y otros tratamientos.

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

Confidencialidad

_____ Entiendo que mi información de salud es estrictamente confidencial y puede compartirse entre los proveedores de MHC según lo exija o permita la ley, y según sea necesario para la evaluación y el tratamiento. A menos que la ley lo exija o permita, la información que permita identificar al paciente NO se proporcionará a nadie fuera de MHC, incluidos familiares y amigos, a menos que el paciente (o su tutor legal) dé su consentimiento por escrito.

_____ Entiendo que MHC puede usar o divulgar información de salud anonimizada con fines de investigación. Entiendo que el alcance de esta información se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

_____ Entiendo que MHC se compromete a mantener los derechos de privacidad del paciente mediante las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de MHC. Entiendo que puedo obtener una copia impresa de este folleto en cualquier momento en la recepción de MHC.

_____ Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de MHC.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA

_____ Entiendo que, en caso de emergencia, debo comunicarme con la sala de emergencias de un hospital o llamar al 911, según la situación.

ACUERDO SOBRE TARIFAS

_____ Entiendo que soy legalmente responsable de todos los cargos relacionados con la atención médica proporcionada por MHC. Entiendo que los servicios ofrecidos en las instalaciones de MHC son gratuitos, pero que los análisis, pruebas, procedimientos y citas realizados por agencias colaboradoras pueden generar costos, y que soy responsable de cualquier monto incurrido.

_____ Entiendo que esta autorización tendrá vigencia indefinida y permanecerá archivada, y que esta, o una copia de la misma, se utilizará para futuras reclamaciones, a menos que revoque este consentimiento mediante notificación por escrito a: Mercy Health Center, 700 Oglethorpe Ave, Suite C7, Athens, Georgia, 30606.

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

Al firmar este formulario, confirmo que lo he leído o que me lo han leído y/o explicado, que lo entiendo y que se han respondido todas mis preguntas. Entiendo que me comprometo a proporcionar información veraz.

Con mi firma, doy mi consentimiento a lo anterior y a la evaluación y el tratamiento que se me brinden en materia de salud dental, médica, conductual y bienestar, incluyendo cualquier estudio o procedimiento que el personal profesional de MHC considere necesario o apropiado. Si firmo como tutor legal, declaro y garantizo que estoy legalmente facultado para tomar dichas decisiones.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____/_____/_____

Escriba o imprima el nombre del paciente: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____/_____/_____

Escriba o imprima el nombre del tutor: _____

Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

En caso de emergencia, autorizo a Mercy Health Center a divulgar mi historial completo de información médica protegida (PHI) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono #: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono #: _____

En el caso de situaciones que no sean de emergencia, también autorizo la divulgación de toda mi información de salud protegida en cualquier momento (incluyendo, entre otros, medicamentos, notas de alta, resultados de laboratorio, citas) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono #: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono #: _____

☐ I DO NOT AUTHORIZE the release of my health information to anyone.

Esta autorización es válida hasta nueve (9) meses después de mi fallecimiento, a menos que la revoque por escrito. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi tratamiento o elegibilidad para el servicio no dependen de que firme esta autorización. Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede ser revelada por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

Firma del paciente:: _____ Fecha: _____/_____/_____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____/_____/_____

Consentimiento para fotografía, grabación de vídeo/audio, distribución y publicación.

El abajo firmante autoriza a Mercy Health Center ("MHC") a grabar su voz y/o imagen mediante fotografía, video o audio durante esta visita y en todas las visitas futuras que se realicen a partir de la fecha de la firma, para su distribución y/o publicación por parte de MHC.

El abajo firmante entiende y autoriza a MHC a utilizar dichas fotografías o grabaciones de video/audio, incluyendo la distribución de copias, con o sin cargo, a cualquier persona o entidad, incluyendo medios de comunicación y plataformas de redes sociales, como parte de las operaciones de MHC. Dicho uso puede incluir, entre otros, promoción, publicidad o cualquier otro propósito lícito.

El abajo firmante también entiende y autoriza a MHC o a sus agentes a editar dichas fotografías o grabaciones de video/audio según lo consideren necesario o apropiado a su entera discreción.

El abajo firmante cede a MHC todos los derechos de cualquier tipo que pueda tener sobre dichas fotografías o grabaciones de video/audio. El abajo firmante entiende que no recibirá compensación alguna por el uso de fotografías o grabaciones de audio/video.

Asimismo, el abajo firmante exime a MHC y a sus fideicomisarios, directivos, empleados, agentes, voluntarios y estudiantes de cualquier reclamación o responsabilidad derivada del uso de dichas fotografías o grabaciones de audio/video.

Al firmar a continuación, el abajo firmante declara haber leído y comprendido este documento y acepta los términos y condiciones aquí establecidos.

Firma: _____ Fecha: _____/_____/_____

Perfil del Paciente

Información básica

Apellido: _____ Nombre: _____

Segundo Nombre: _____ Nombre preferido : _____

Dirección 1:: _____

Dirección 2: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Condado:

_____

Teléfono móvil:: _____ Teléfono fijo: _____

Correo electrónico::_____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Género (marque una opción): Masculino Femenino Otro

Número de Seguro Social: _____

Contacto de emergencia

Para que alguien pueda llamar en su nombre, deberá incluirlo en su lista de contactos de emergencia o en su formulario de autorización HIPAA. No podemos divulgar información a personas que no estén incluidas en la lista.

Parentesco: _____

Tutor (Marque una opción): Sí No HIPAA (Marque una opción): Sí No

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección 1:

_____

Dirección 2: _____ Teléfono: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ : _____

¿Es esta persona paciente actual de Mercy? (Marque una opción): Sí No

Otra Información

Estado civil (Marque una opción): Soltero/a - Casado/a - Divorciado/a - Viudo/a - En pareja - Desconocido - Separado/a

Idioma principal: _____

Raza: _____ Etnia (Marque una opción): Hispano/a - No hispano/a

Perfil del Paciente

Farmacia preferida:: _____
(Incluya la ubicación – Ej.: Publix Atlanta Hwy)

Médico de cabecera anterior: _____
Médico especialista anterior: _____
Hospital preferido: _____
Dentista anterior:
_____
¿Cuántas veces ha acudido a urgencias en los últimos 12 meses? _____

Antecedentes médicos

Marque si ha padecido alguna de las siguientes afecciones:

- ☐ Alergias
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Arritmia (latidos cardíacos irregulares)
- ☐ Válvula cardíaca artificial
- ☐ Coágulos de sangre
- ☐ Tipo de cáncer:_____
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfisema / EPOC
- ☐ Tipo de problemas oculares:_____
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Infarto/Insuficiencia cardíaca
- ☐ Marcapasos cardíaco
- ☐ Hepatitis B o C
- ☐ VIH o SIDA
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Colesterol alto (hiperlipidemia)
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Convulsiones
- ☐ Enfermedad de transmisión sexual
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Enfermedad tiroidea
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Otros:_____
  _____

MERCY HEALTH CENTER

Perfil del Paciente

Antecedentes familiares

Por favor, enumere los problemas médicos de estos miembros de la familia y la edad aproximada a la que fueron diagnosticados. Incluya solo a los familiares biológicos.

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

Hijos: _____

Otros problemas médicos hereditarios: _____

Cirugías anteriores

Enumere las cirugías y la fecha o el año aproximados.

_____

_____

_____

_____

Historial dental

¿Tiene algún problema dental actualmente? En caso afirmativo, por favor explíquelo._____

_____

¿Cuándo fue su último examen dental? _____

¿Cuándo fue su última limpieza dental? _____

¿Cuándo fueron sus últimas radiografías dentales? _____

¿Siente ansiedad al ir al dentista? (Marque una opción) Sí No

Si la respuesta es sí, explique_____

_____

Perfil del Paciente

Historial de salud mental

Por favor, indique si alguna vez ha padecido alguna de las siguientes afecciones:

☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Bipolar ☐ Esquizofrenia

Otro:_____

¿Tiene un médico de salud mental (psiquiatra)? (Marque una opción) Sí No

Nombre del psiquiatra: _____

¿Asiste a terapia? (Marque una opción) Sí No

Nombre del terapeuta: _____

¿Le han recetado medicamentos para la salud mental? (Marque una opción) Sí No

En caso afirmativo, inclúyalo en la sección de medicamentos.

¿Está tomando su medicación? (Marque una opción) Sí No

En caso negativo, explique: _____

_____

Medicamentos actuales

Por favor, enumere todos los medicamentos que toma actualmente y sus dosis, si las conoce. Incluya medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas, suplementos, píldoras anticonceptivas, inhaladores y medicamentos para la salud mental.

_____

_____

_____

Historia espiritual

¿Cuál es tu identidad de fe?_____

¿Dónde practicas tu fe?_____

¿Qué papel juega tu fe en tu vida?_____

_____

MERCY HEALTH CENTER

Perfil del Paciente

Alergias

Por favor, indique cualquier alergia o reacción a medicamentos.

Medicamento:_____

Tipo de reacción: _____

Medicamento: _____

Tipo de reacción: _____

Medicamento:_____

Tipo de reacción: _____

Medicamento:_____

Tipo de reacción: _____

¿Es alérgico/a al látex? (Marque una opción) Sí No

Historial de salud femenina:

Hombres, por favor, pasen a la siguiente sección.

¿Tiene usted la menstruación (marque una opción)? Sí No

Si no, ¿a qué edad dejó de menstruar? _____

¿Su menstruación es regular (marque una opción)? Sí No

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

¿Cuántos hijos tiene vivos? _____

¿Utiliza algún método anticonceptivo (marque una opción)? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo(s)? _____

¿Se ha realizado alguna vez una mamografía (marque una opción)? Sí No

¿Cuándo fue su última mamografía? _____ ¿Fue normal (marque una opción)? Sí No

¿Se ha realizado alguna vez una prueba de Papanicolaou (marque una opción)? Sí No

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____

¿Ha tenido alguna vez una prueba de Papanicolaou anormal (marque una opción)? Sí No

MERCY HEALTH CENTER

Perfil del Paciente

Hábitos de salud

¿Fuma o consume algún producto de tabaco (marque una opción)?

Sí No Dejé de consumirlo

Tipos de tabaco: Cigarrillos - Puros - Pipa - Tabaco de mascar

¿Cuánto consume al día? _____

¿Desde hace cuántos años? _____

¿Bebe alcohol (marque una opción)? Sí No Dejé de consumirlo

¿Cuántas bebidas alcohólicas al día? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas a la semana? _____

¿Consume otras drogas? (marihuana, cocaína, crack, heroína, metanfetaminas...)

(marque una opción) Sí No Dejé de consumirlo

Enumere las drogas que consume actualmente: _____

¿Ha consumido drogas inyectables alguna vez (marque una opción)? Sí No

¿Hace ejercicio (marque una opción)? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de actividad y con qué frecuencia?

_____

MERCY HEALTH CENTER

Formulario de Asistencia Social.
Por favor, indíquenos cómo podemos ayudarle hoy.

☐ Comida

☐ Ropa

☐ Productos de higiene

☐ Oracion

¿Hay algo que le gustaría que nuestro equipo supiera? _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Otros servicios que ofrecemos o que le ayudamos a encontrar en la comunidad una vez que sea paciente:

- Orientación sobre vivienda y alojamiento
- Servicios para personas sin hogar
- Programas para dejar de fumar
- Servicios para embarazadas
- Clases para familias y padres
- Servicios para personas mayores
- Asesoramiento nutricional
- Inmigración y ciudadanía
- Solicitud de beneficios por discapacidad
- Grupo de apoyo para personas con discapacidad
- Grupo de habilidades de afrontamiento
- Grupo de perdón
- Grupo de conexión
- Grupo de duelo
- Grupo de apoyo para víctimas de violencia de pareja
- Asistencia financiera
- Asistencia hospitalaria para personas de bajos ingresos
- Asistencia para el empleo

MERCY HEALTH CENTER

Keep for your records

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Léalo atentamente.

Sus Derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamaciones.
- Corregir su historial médico y de reclamaciones.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Solicitarnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus Opciones

Tiene algunas opciones sobre cómo usamos y compartimos la información cuando:

- Respondemos preguntas sobre cobertura de sus familiares y amigos.
- Brindamos asistencia en casos de desastre.

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento médico que recibe.
- Administramos nuestra organización.
- Pagamos sus servicios de salud.
- Ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública.
- Realizamos investigaciones.
- Cumplimos con la ley.
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con el médico forense o el director de la funeraria. • Atender las solicitudes de compensación laboral, las fuerzas del orden y otras entidades gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales.

Sus derechos
En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de su historial médico y de reclamaciones
Puede solicitar inspeccionar u obtener una copia de su historial médico y de reclamaciones, así como de otra información de salud que conservemos. Le proporcionaremos una copia o un resumen, generalmente en un plazo de 30 días, y podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos.

Solicite correcciones
Puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamaciones si cree que son incorrectos o incompletos. Podríamos denegar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales
Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (como a su teléfono fijo o de oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos cumplirlas si usted indica que, de lo contrario, estaría en peligro.

Solicite límites de uso o divulgación
Puede solicitarnos que limitemos la forma en que usamos o compartimos su información de salud para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a aceptar y podemos denegar la solicitud si afectara su atención médica.

Solicite un registro de divulgaciones
Puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud realizadas durante los seis años anteriores a su solicitud, incluyendo quién recibió la información y por qué. Esta lista no incluirá las divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones de atención médica ni las divulgaciones que usted autorizó.

Obtenga una copia de este aviso
Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Se la proporcionaremos de inmediato.

Designe un representante
Si ha otorgado un poder notarial médico o tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Verificaremos su autoridad antes de actuar.

Presente una queja
Puede presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad comunicándose con Mercy Health Center, 700 Oglethorpe Ave, Suite C7, Athens, GA 30606, o por teléfono al 706-425-9445 ext. 212. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por correo postal a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o en línea en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, usted tiene opciones sobre cómo la compartimos. Esta sección explica cómo solemos usar o compartir su información de salud.

Cómo usamos o compartimos su información de salud

Tratamiento

We use and share your health information to help manage the health care treatment you receive and to coordinate care with other professionals treating you.

Example: A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.

Sus Opciones

tiene alguna preferencia sobre cómo compartimos su información en las siguientes situaciones, díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de desastre.

Si no puede comunicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir información para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Usos que requieren su autorización por escrito

Fines de marketing (le explicaremos esto con anticipación y le pediremos que firme un formulario de consentimiento)

- Venta de su información (Mercy no vende información de pacientes)

Operaciones de atención médica y otros usos permitidos

Podemos usar y divulgar su información de salud para:

- Administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario
- Ayudar con retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona
- Realizar investigaciones de salud
- Cumplir con las leyes estatales y federales, incluidas las divulgaciones al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para garantizar el cumplimiento de la ley de privacidad
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con organizaciones de obtención de órganos
- Compartir información con un forense, médico legista o director de funeraria después del fallecimiento
- Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales

MERCY HEALTH CENTER

Podemos usar o compartir su información de salud para:

- Reclamaciones de compensación laboral
- Fines de aplicación de la ley o con un funcionario de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley
- Funciones gubernamentales especiales, como las militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
- 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.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le notificaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.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 nuevo aviso estará disponible previa solicitud y durante la actualización anual de su información de paciente.

Consérvelo para sus registros.

MERCY HEALTH CENTER

Código de conducta

1. Trate siempre a los demás con respeto.

2. Utilice palabras que ayuden y alienten y no palabras que hieran o sean ofensivas para los demás.

3. Dejar el edificio en las mismas o mejores condiciones en las que lo encontró.

4. Si tiene una queja, pida hablar con un miembro del personal o con el gerente de la clínica.

5.No utilice teléfonos móviles en el interior.

6.Llegar puntualmente a sus citas.

7. Sea paciente y cortés. Respete a los voluntarios que brindan su tiempo para brindarle atención médica gratuita.

8. Sea cortés con quienes lo rodean.

9. Agradezca a nuestros voluntarios por su amable servicio.

10. Sirve a los demás tal como te han servido a ti.