



Central Ozarks  
Medical Center

Medical • Behavioral • Dental

**FORMULARIO DE REGISTRACIÓN PARA NUEVOS PACIENTES**

Nombre del paciente (Por favor imprima): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una Directiva de Salud? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si es afirmativo, proporcione una copia a COMC.

**Información responsable / asegurada:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social del suscriptor: \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios y autorización para divulgar información médica**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados que Medicare, Medicaid y / o cualquier Compañía de Seguros que se indique se envíe a mí o en mi nombre al proveedor indicado en este formulario, por cualquier servicio que me proporcione ese médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que la divulgue a la división de Servicios Familiares, la Administración de Financiamiento de Atención Médica, la(s) compañía(s) de seguros indicada(s) y / o los agentes de estas compañías y / o la(s) persona(s) responsable(s) indicadas, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios para otros servicios relacionados

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Se me ha informado sobre el Programa de Escala de Tarifas Flexibles ofrecido por Central Ozarks Medical y Dental Centers. Me gustaría hacer una solicitud \_\_\_\_\_ o no hacer una solicitud \_\_\_\_\_. Si elige hacer una solicitud, los formularios para hacerlo serán proporcionados por el personal de recepción. Si no ha sido informado de este programa, solicite detalles al personal de recepción.*

*Si está inscrito en Medicare, proporcione el número de HIC y firme a continuación*

Solicito el pago de los beneficios médicos autorizados que se hagan a Central Ozarks Medical Center, y también autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la aseguradora Medigap mencionada anteriormente cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios de este proveedor.

Número HIC: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Central Ozarks  
Medical Center

Medical • Behavioral • Dental

Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a las personas enumeradas a continuación a acceder a mi información de salud (si esta sección no se completa, solo utilizaremos su expediente médico para fines de tratamiento, pagos y atención médica. No podremos divulgar su información médica a familiares o amigos a menos que su nombre este en la lista a continuación):

<u>Nombre de la persona</u>	<u>Relación</u>	<u>No. de teléfono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, tutor o poder notarial:

\_\_\_\_\_  
Si usted no es el paciente; por favor indique si usted es el tutor o apoderado:

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo:



## Política de Citas en la Clínica Dental

### **Cancelaciones:**

Si no puede asistir a una cita con el dentista, llame a la clínica al menos un día antes de su cita. Esto nos ayudará a asignar la hora a otro paciente que ha estado esperando atención.

### **Llegar atrasado:**

Si llega más de 15 minutos atrasado a una cita con el dentista o no nos visita por lo menos dos veces en un año, es posible que no le otorguemos una cita con el dentista. En cambio, su nombre se colocará en la lista de llamadas y se le llamará para que haga una cita cuando su nombre aparezca en la parte superior de esta lista. Mientras tanto, solamente lo podremos ver en casos de emergencias.

### **Si falta a su cita:**

Si cancela en el momento de su cita o no nos visita por lo menos dos veces en un año, es posible que no le otorguemos una cita con el dentista. En cambio, su nombre se colocará en la lista de llamadas y se le llamará para que haga una cita cuando su nombre aparezca en la parte superior de esta lista. Mientras tanto, solamente lo podremos ver en casos de emergencias.

### **Niños menores de 16 años:**

Estamos felices de tener a los niños como pacientes. Un padre o tutor debe ir con ellos a la clínica y permanecer en la clínica todo el tiempo. Una nota de permiso firmada y fechada por el tutor del niño se puede usar cuando va acompañada de un adulto responsable de más de 18 años de edad.

No se puede dejar a los niños solos en la sala de espera o acompañar a los pacientes al área de tratamiento. Haga arreglos para que alguien los cuide si tiene una cita con el dentista o si necesita acompañar a otro niño menor de edad en su cita.

Si comprende y acepta esta política, firme a continuación.

Firma del paciente, padres o tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que pueda estar tomando podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

- ¿Estás bajo cuidado de un médico ahora?  Sí  No **Si es afirmativo, indique el nombre del médico y el nombre de la clínica médica:** \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tuvo una operación importante?  Sí  No **Si es afirmativo,** \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez sufrió una lesión grave en la cabeza o el cuello?  Sí  No **Si es afirmativo,** \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido un sangrado anormal, asociado con extracciones previas o cirugía?  Sí  No **Si es afirmativo,** \_\_\_\_\_
- ¿Toma usted algún medicamento, tabletas o drogas?  Sí  No **Si es afirmativo, anótelos en la siguiente página.**
- ¿Alguna vez ha tomado usted Fosamax, Boniva, Actonel, Zometa o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Sí  No **Si es afirmativo,** \_\_\_\_\_
- ¿Usas usted sustancias controladas?  Sí  No **Si es afirmativo,** \_\_\_\_\_
- ¿Usa usted tabaco?  Sí  No

**¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?**

SIDA / VIH Positivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EPOC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alzheimer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamento con Cortisona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adicción a drogas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se queda sin aliento fácilmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis / gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula cardíaca artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urticaria o sarpullido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes zóster <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Exceso de sed <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autismo/desorden cognitivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos/mareos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bifida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad sanguínea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tose frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas estomacales/ intestinales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de Respiración <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de extremidades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contusióna fácilmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes genital <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/fallo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones de la mandíbula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o Crecimientos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fuegos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/ enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidados psiquiátricos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna otra enfermedad grave no mencionada?		Ictericia amarilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Todos los pacientes: ¿Es alérgico a alguno de los siguientes?**

- Aspirina     Penicilina     Codeína     Acrílico     Metal     Látex     Sulfamida  
 Anestesia local     Alergia a las nueces     Proteína de la leche     Tylenol     Ibuprofeno / NSAIDS  
 Otra \_\_\_\_\_

**Para las mujeres: ¿Está usted?**

- Embarazada / Intentando quedar embarazada     ¿Amamantando?     ¿Toma anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas)?  
 Si está embarazada, ¿cuántas semanas tiene? \_\_\_\_\_ Fecha para el nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

*Según mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido contestadas correctamente. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mí (o la salud del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio de mi condición médica.*

### Medicamentos Actuales

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Incluya medicamentos recetados, sin receta médica y suplementos / vitaminas:*

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Recetado por:

Farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_

Firma del paciente, los padres o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

# COMC Dental

304 W. Washington, Richland, MO 65556

## Consentimiento Informado del Paciente

Por la presente doy permiso para que se me realice el siguiente tratamiento como paciente de Central Ozarks Medical Center Dental Clinic.

- Examen y / o rayos X
- Restauración y / o prótesis (empastes, coronas, dentaduras postizas)
- Profilaxis (limpieza)
- Endodoncia (tratamiento de conductos)
- Cirugía oral
- Terapia periodontal (encías)
- Otro \_\_\_\_\_

Comprendo que tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento en cualquier momento y que no existe ninguna garantía con respecto al éxito o la longevidad de cualquier procedimiento dental. También comprendo los posibles riesgos\* asociados con el tratamiento y se me ha otorgado la oportunidad para hacer preguntas al personal dental a mi satisfacción.

---

Firma del paciente, padres o tutor

Fecha

---

Relación con el paciente

Fecha

---

Firma del testigo

Fecha

\* Los posibles riesgos incluyen, pero no se limitan a: dolor, hinchazón, infección, entumecimiento total o parcial en los labios, las mejillas o la lengua (de forma permanente o temporal) y la muerte. Además, debido a la interacción potencialmente mortal de ciertos compuestos, informaré al personal dental si he usado alguna droga o compuesto ilegal o ilícito.

## Aviso de Prácticas de Privacidad

### Por favor, retire esta página y guárdela para sus registros

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al número de teléfono (573) 765-5131 o a [cmcelyea@centralozarks.org](mailto:cmcelyea@centralozarks.org).

### ¿Quiénes deben cumplir con este aviso?

La siguiente lista le indicará quiénes seguirán la práctica descrita para mantener su expediente médico privado. Todas las clínicas médicas y dentales del Centro Médico Central Ozarks (COMC). Cualquier profesional de atención médica de COMC que lo atienda en cualquiera de nuestras ubicaciones. Todos los empleados de COMC, personal temporal o contratado, estudiantes y voluntarios.

### ¿Qué es este aviso?

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida. También estamos obligados por la ley a darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Estamos obligados a notificarle si hay una violación de su información de salud protegida no segura. Estamos obligados a seguir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actual.

### Podemos usar y divulgar su información de salud para:

**Tratamiento:** podemos usar y divulgar información de salud para su tratamiento y servicios médicos. **Pagos:** podemos usar y divulgar información de salud para facturar y recibir pagos por los servicios que se le brindan. **Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar información de salud para fines de operaciones de atención médica. **Recordatorios de citas:** para recordarle que tiene una cita programada con nosotros. **Alternativas de tratamiento:** para informarle sobre las opciones de tratamiento disponibles para usted. **De acuerdo a la ley:** Cuando así lo exija la ley vigente. **Para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás. **Las personas involucradas en su atención médica:** A menos que proteste, a amigos, familiares u otras personas involucradas en su atención médica o que puedan estar ayudando a pagar por su atención. **Donación de órganos y tejidos:** Donación de órganos o tejidos a organizaciones que manejan la obtención y el trasplante de órganos. **Difuntos:** Los registros de salud de los pacientes fallecidos a los 50 o más años ya no se consideran Información de salud protegida. **Información genética:** La información genética se considera información de salud protegida, que puede divulgarse con autorización pero los planes de salud no pueden utilizarla para fines de evaluación de riesgos. **Militares y veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, según lo que requiera la autoridad de comando militar. **Indemnización del trabajador:** Para fines de indemnización del trabajador o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. **Actividades de salud pública:** Para actividades de salud pública, como prevención o control de enfermedades, notificación de nacimientos y defunciones, y denuncia de abuso y negligencia infantil. **Actividades de supervisión de la salud:** A agencias gubernamentales y juntas autorizadas por la ley, como para licencias y cumplimientos. **Notificación de incumplimiento:** Los usos o divulgaciones de la Información Salud Protegida (PHI, sigla en inglés) que no son permisibles ahora se presumen como un incumplimiento, a menos que pueda demostrarse que existe una "baja probabilidad" de que su PHI se haya visto comprometida o que se aplique una excepción. **Ayuda en caso de desastres:** A menos que tenga objeciones, para ayudar a las organizaciones de ayuda a desastres a coordinar su atención o notificar a familiares y amigos su ubicación o condición después de un desastre. **Demandas y disputas:** En respuesta a una orden judicial, orden del juez u otro proceso legal. **La aplicación de la ley:** De conformidad con el proceso y según lo requiera la ley. **Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias:** Según sea necesario para determinar la causa de la muerte o para realizar sus tareas. **Actividades de seguridad nacional e inteligencia:** A funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional según lo autorice la ley. **Servicios de protección para el presidente y otros:** A los funcionarios federales para proporcionar protección al presidente y otras personas autorizadas, o llevar a cabo investigaciones especiales. **Reclusos o individuos en custodia:** si usted es un recluso o está bajo la custodia de la policía, podemos divulgarlo a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley según sea necesario para proporcionarle atención médica, para proteger su salud y la de los demás, o por la seguridad de la institución correccional. **Estudios de investigación y ensayos clínicos:** las autorizaciones pueden combinarse en el contexto de investigación sujeto a ciertos requisitos, y también se permiten autorizaciones para futuras investigaciones. **Socios comerciales:** Los asociados comerciales son directamente responsables de las violaciones de la Ley HIPAA / HITECH. Los subcontratistas de un socio comercial que crean reciben, mantienen o transmiten PHI en nombre del socio comercial también son socios comerciales de HIPAA, y están sujetos a los mismos requisitos a los que está sujeto el primer socio comercial. **Recaudación de fondos:** Para recaudar fondos. Puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación

de fondos en cualquier momento. **Otras divulgaciones:** con ciertas excepciones, no se nos permite usar o divulgar notas de psicoterapia sin su autorización. Tampoco podemos utilizar o divulgar su información de salud con fines de comercialización o vender su información de salud sin su autorización. Otros usos y divulgaciones de su información de salud que no se describen en este Aviso de Prácticas de Privacidad o leyes aplicables requerirán su autorización por escrito. Si elige permitirnos usar o divulgar su información de salud, puede revocar dicha autorización informándonos su decisión por escrito. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud como se establece en la autorización. Sin embargo, cualquier uso o divulgación de su información de salud hecha en base a su autorización antes de ser revocada, no se verá afectada por la revocación.

**Sus derechos con respecto a su información de salud:** en la mayoría de los casos, **puede hacer una solicitud por escrito para ver u obtener una copia de su información de salud.** Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa por el costo de las copias, envío por correo u otros suministros relacionados. Si denegamos su solicitud de revisar u obtener una copia, tiene derecho a que un profesional de la salud autorizado que no participó directamente en la denegación de su solicitud revise esa denegación y cumpliremos con el resultado de dicha revisión. **Si su información de salud se mantiene en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia electrónica de su información de salud.** Si su información de salud no se puede producir fácilmente en el formato que solicita, se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o en un documento en papel. Podemos cobrarle una tarifa basada en el costo razonable por la labor relacionada con la transmisión de información electrónica de salud. Si considera que su información de salud es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información. Debe presentar una solicitud por escrito que indique su motivo para solicitar la modificación al Oficial de Privacidad. Su solicitud para modificar su información de salud puede denegarse si no fue creada por nosotros; si no es parte de la información que mantenemos; o si determinamos que la información es correcta. Puede presentar una apelación por escrito si no está de acuerdo. Su solicitud de modificación se incluirá como parte de su información de salud.

**Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de su información de salud,** por un período de hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratuita. Si realiza más solicitudes durante ese tiempo, se le puede cobrar nuestro costo para producir la lista. Le informaremos sobre el costo antes de que se le cobre. **Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso.** Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. **Usted tiene el derecho de solicitar que su información de salud sea entregada de manera confidencial.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en un lugar determinado, como por correo postal o en su lugar de trabajo. Cualquier solicitud de este tipo debe hacerse por escrito al Oficial de Privacidad. Aceptaremos solicitudes razonables. **Tiene derecho a solicitar que no divulguemos su información de salud a su plan de salud si la divulgación es con el propósito de realizar pagos u operaciones de atención médica y no es requerido por ley.** Dicha divulgación restringida debe pertenecer únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted o alguien en su nombre nos haya pagado en su totalidad. **Puede solicitar, por escrito, que no usemos ni divulguemos su información de salud** para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o a personas involucradas en su cuidado; cuando lo exija la ley; o en una emergencia. Todas las solicitudes o apelaciones por escrito deben enviarse a nuestra Oficina de Cumplimiento listada al final de este aviso. No estamos obligados a aceptar las restricciones solicitadas. **Tiene derecho a que se le notifique si hay un uso o divulgación no autorizada de su información de salud protegida no segura a menos que determinemos que existe una baja probabilidad de que su información haya sido comprometida.**

#### **Quejas:**

Si cree que sus derechos de privacidad pueden haber sido violados, puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad, Courtney McElyea, al 573-765-5131 o por correo electrónico a [cmceleyea@centralozarks.org](mailto:cmceleyea@centralozarks.org). Puede escribirnos al Central Ozarks Medical Center a la atención de: Courtney McElyea PO Box 777, Richland, MO 65556. También puede comunicarse con el Departamento de Salud de Missouri, el Departamento de Regulación de Instalaciones de Salud: 1-573-751-6303 y / o a la Oficina del Fiscal General Línea directa del consumidor: 1-800-392-8222. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> La Oficina de Cumplimiento Corporativo puede proporcionar el envío de correos. dirección. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si cambiamos nuestras políticas con respecto a nuestro uso y / o divulgación de su información de salud protegida, cambiaremos nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y pondremos el aviso revisado a su disposición en nuestro sitio web y nuestras ubicaciones de práctica. Puede acceder a nuestro sitio web en <http://www.centralozarks.org> También puede solicitar una copia en papel del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente en cualquier momento



### **Información sobre Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nos comprometemos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad detalla lo siguiente:

- Nuestra obligación según la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud.
- Nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso.
- La persona a contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Para recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, solicítela en la recepción. La ley nos exige obtener su reconocimiento por escrito de que tiene conocimiento sobre este aviso y se le ha brindado la oportunidad de obtener una copia.

### **Confirmación de Acuso de Recibo del Paciente**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente confirmo que se me ha brindado la oportunidad de obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

---

Firma del paciente, padres, tutor o poder notarial

Fecha