

**Community Action Health Center- Outreach & enrollment**  
**REQUERIDOS Documentos**



**1. Prueba de beneficios**

- ❖ **SNAP** - Carta de elegibilidad de SNAP
- ❖ **CHIP Perinatal** - Tarjeta de beneficios CHIP Perinatal
- ❖ **Medicaid para mujeres embarazadas** - Tarjeta "YTB" (tarjeta de Medicaid)
- ❖ **Tarjetas de seguro** - Pago privado, Medicare y Medicaid
- ❖ **WIC** - Use uno de los siguientes:
  - Verificación de la carta de certificación
  - Lista de compras impresa aprobada por
  - WIC Recibo reciente de compra de WIC con saldo restante

**Y / O (Como muchos de los se aplica lo siguiente):**

**2. Comprobante de ingresos: (si se le paga)**

- ❖ Semanalmente - 2 talones de cheques
- ❖ Semanal - 2 talones de cheques
- ❖ Mensualmente - 1 talón de cheques
- ❖ Manutención de menores - CIN # o Carta de adjudicación
- ❖ Seguridad social - Carta de adjudicación
- ❖ Desempleado - Premio de desempleo Carta (TWC)
- ❖ Trabajador por cuenta propia- Declaración de declaración de 3 meses o Declaración de la Renta

**3. Identificación: (para el jefe de familia y el cónyuge / otra persona significativa)**

- ❖ Identificación con foto actual \*\* Si la identificación está vencida, se aceptará un certificado de nacimiento junto con la identificación vencida.
- ❖ Licencia de conducir o identificación estatal

**4. Prueba de residencia: (se acepta cualquiera de los siguientes)**

- ❖ conducir válida de Texas
- ❖ Registro de votante actual
- ❖ Recibos de alquiler o servicios públicos durante un mes antes del mes de la solicitud
- ❖ Registro de vehículos motorizados Registros
- ❖ escolares
- ❖ Tarjetas médicas u otras tarjetas de beneficios similares
- ❖ Recibo de impuestos sobre la propiedad
- ❖ Correo dirigido al solicitante, su cónyuge o hijos si viven juntos

**5. Para cualquier niño menor de 18 años, se acepta cualquiera de los siguientes:**

- ❖ Nacimiento Certificado
- ❖ Registro bautismal Registro
- ❖ escolar

**Información importante**

- ❖ Su solicitud no será aceptada si no se adjuntan todos los documentos requeridos.
- ❖ Si va a dejar y presentar la solicitud, espere 3 días hábiles a partir de la fecha de entrega para que se procese su solicitud.

**Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina de inscripción**

Outreach & Enrollment Contact Information						
Alice	Beeville	Kingsville	Falfurrias	Sinton	Benavides	Mathis
700 Flournoy Rd. Tel: 361-664-1417 <b>Laura Smithwick</b> Ext.2140 <b>Teresa Rivera</b> Ext. 2145	301 S.Hillside Drive Tel:361-362-0307 <b>Lesley De Leon</b> Ext. 2206	1311 E. General Cavazos Suite C Tel:361-592-3237 <b>Irene Martinez</b> Ext. 2519	1302 S. St. Mary's Tel: 361-325-9404 <b>Irene Martinez</b> Ext. 2519	621 E. Sinton Tel: 361-364-4486 <b>Lesley de Leon</b> Ext. 2206	115 W. Main St. Tel: 361-256-3663 <b>Laura Smithwick</b> Ext.2140 <b>Teresa Rivera</b> Ext. 2145	502 E. San Patricio Ave. Tel: 361-547-4121 <b>Lesley De Leon</b> Ext. 2206

PHC y MCH FFS del Título V  
Solicitud de beneficios del programa

Use este formulario para solicitar el Programa de Atención Médica Primaria (PHC) y el Programa de Pago por Servicio de Salud Materno Infantil (MCH FFS) del Título V.

**Sección I. Datos del solicitante**

\*Si se hace esta solicitud para un menor, se tiene que usar el nombre del padre o tutor legal como el solicitante.

Nombre de la persona	Sexo	Fecha de nacimiento	Grupo racial o étnico	
Domicilio	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Teléfono principal con código de área	Teléfono secundario con código de área			
Dirección de correo electrónico				
<b>Preferencias para la comunicación</b>				
Los siguientes campos no afectan su habilidad para recibir estos beneficios. Marque todo lo que corresponda.				
¿Cómo podemos comunicarnos con usted?	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo	
¿Qué idioma prefiere hablar?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿En qué idioma prefiere la correspondencia?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

**Sección II. Miembros de su hogar**

**Haga una lista de todos los miembros del hogar.** Los miembros del hogar incluyen al solicitante y a cualquier persona que viva con él y de la que sea legalmente responsable. Niños y jóvenes menores de 18 años se pueden incluir como miembros del hogar. Los hijos por nacer de mujeres embarazadas se tienen que incluir como miembros del hogar. Consulte las instrucciones del formulario para más información sobre los miembros del hogar.

**Número de miembros del hogar:** \_\_\_\_\_

\*Programa de Atención Médica Primaria (PHC); servicios dentales y de salud para menores del Título V (TV CHD) o servicios médicos y dentales prenatales del Título V (TV PMD)

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Relación con el solicitante	Programa que solicita (*PHC, TV CHD, TV PMD o NA)	¿Inscrito en un plan de seguro médico?
				Solicitante		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

¿Tiene usted, o algún otro solicitante, una necesidad médica o dental inmediata?  Sí  No

¿Es usted u otro solicitante veterano?  Sí  No

**Información importante para anteriores miembros de los servicios militares:** Las mujeres y los hombres que hayan servido en cualquiera de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluidos la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional, podrían tener derecho a recibir beneficios y servicios adicionales. Visite el [Portal para veteranos de Texas](#) para más información.

¿Tiene algún miembro del hogar alguna circunstancia especial que pueda afectar que se incluya en el recuento de miembros del hogar?

Sí  No

Si contestó sí, dé una explicación detallada:

### Sección III. Determinación de derecho automático a los servicios de PHC

¿Está solicitando el programa PHC?  Sí  No\* (Si respondió No, pase a la sección IV.)

Si está solicitando el programa PHC, puede que reúna los requisitos para el derecho automático a los servicios de PHC\*. Marque todos los beneficios que recibe actualmente:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños Perinatal (CHIP-P) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Programa WIC (para mujeres, bebés y niños)              | <input type="checkbox"/> Medicaid para mujeres embarazadas                       |
| <input type="checkbox"/> Healthy Texas Women (HTW)                               | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos  |

\*Si un solicitante de PHC proporciona una prueba de su inscripción activa en uno de los programas de la lista, verifique el estado actual de la inscripción llamando a TMHP o a través de TexMedConnect. Si se confirma, se podrá conceder el derecho automático a los servicios para el programa de PHC y no es necesario completar la Sección IV. Documente la verificación en las notas de la Sección VI.

### Sección IV. Ingresos del hogar

Indique los ingresos brutos del hogar e incluya la documentación. Los ingresos del hogar incluyen los ingresos de los miembros adultos del hogar. Consulte el Apéndice I, "Definición de ingresos", del Manual de políticas del programa para obtener información adicional sobre los distintos tipos de ingresos.

Nombre del miembro del hogar que recibe el dinero	Nombre del Empleador o la persona que paga el dinero	Tipo de ingresos	Cantidad bruta recibida	Frecuencia del ingreso (cada semana, cada 2 semanas, mensualmente)	Total de ingresos mensuales
Total de los ingresos contables mensuales:					
Deducciones permitidas:					
Ingresos netos contables mensuales:					

Notas:

### Sección V. Confirmación

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Me comprometo a dar al personal de verificación de requisitos cualquier información necesaria para comprobar las declaraciones sobre mi derecho a los servicios. Me comprometo a informar sobre cualquier cambio en los ingresos, estructura familiar, residencia, dirección actual, empleo y todo tipo de cobertura de atención médica a más tardar 30 días de que ocurra el cambio. Quedo enterado de que, si proporciono información falsa, podría ser excluido del programa o tendría que reembolsar el costo de los servicios.

**Aviso sobre la confidencialidad**

Excepto en algunos casos, usted tiene derecho a pedir los datos que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que el departamento estatal corrija cualquier información incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental).

Iniciales**Confirmación**

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos, y que si se aprueba que reciba los servicios del programa debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiarios.

Iniciales**Declaración sobre la divulgación de información**

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos entre la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas y el proveedor, según sea necesario, para determinar mi derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos.

Iniciales**Certificación de la cobertura**

Certifico que yo, el solicitante, no tengo ninguna otra cobertura aparte de las que se indican en la sección de información sobre el seguro de esta solicitud. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

Iniciales

Firma del solicitante

Fecha

**Section VI. Criterios de participación para contratistas****El personal que determina la participación debe contestar todas las preguntas:**

1. Residente de Texas .....  Sí  No
2. Total de los ingresos del hogar calculados ..... \_\_\_\_\_
3. Línea federal de pobreza del hogar (FPL)% ..... \_\_\_\_\_
4. Documentación de los ingresos\* .....  Sí  No
5. Documentación de la residencia\* .....  Sí  No
6. Documentación de la fecha de nacimiento\* (si solicita CHD del Título V) .....  Sí  No
7. Si la persona solicita **derecho automático a los servicios de PHC**, se verificaron el recibo de beneficios por medio de la Texas Medicaid and Healthcare Partnership (TMHP)? .....  No aplica  Sí  No
8. ¿Solicita la persona **beneficios suplementarios de PHC**? .....  No aplica  Sí  No

Si responde Sí, haga una lista de los servicios para los cuales el solicitante no tiene cobertura primaria y para los que podría recibir:

9. ¿Podría el solicitante potencialmente participar en los siguientes programas?

- Medicaid .....  Sí  No
- Medicaid para mujeres embarazadas .....  Sí  No
- CHIP .....  Sí  No
- CHIP Perinatal .....  Sí  No

\*Si un solicitante reúne los requisitos para recibir los beneficios del programa y tiene una necesidad médica o dental inmediata, pero no tiene la documentación requerida, entonces se debe asumir la presunción de derecho a beneficios.

\*Los solicitantes actualmente inscritos en un plan de atención médica pero que carecen de cobertura dental, y que de otra manera calificarían para los beneficios del programa, llenan los requisitos para recibir beneficios dentales del Título V.

Notas:

--

### Sección VII. Certificación del contratista sobre el derecho a los servicios

Fecha del derecho a los servicios: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente	Programas en que puede participar (PHC, TV CHD, TV PMD o NA)	Tipo de derecho a servicios otorgado (Derecho o presunción de derecho a beneficios)	Tipo de determinación (Nuevo o recertificación)	Cantidad del copago

Al firmar a continuación, doy fe de que las solicitantes arriba indicadas cumplen los requisitos del programa. He informado a las solicitantes embarazadas que deben solicitar Medicaid para Mujeres Embarazadas o CHIP Perinatal. He informado a los solicitantes que parezcan reunir los requisitos para otros programas, entre ellos, Medicaid o CHIP, de que deben solicitar esos programas.

Nombre del centro

Firma del miembro del personal que da su certificación

Fecha \_\_\_\_\_

Este formulario debe guardarse con el expediente del cliente y no debe enviarse a la oficina estatal de la HHSC.

**Los clientes que cumplen los requisitos deben recibir:**

Formulario 3012, Notificación de cumplimiento de los requisitos

**Los clientes con presunción de derecho a beneficios deben recibir:**

Formulario 3045, Aviso de presunción de derecho a beneficios

**Los solicitantes que no reúnan los requisitos para recibir los beneficios de un programa deben recibir:**

Formulario 3047, Aviso de no reunir los requisitos



## Servicios para el Cáncer de Seno y Cuello Uterino (BCSS) o Programa de Planificación Familiar (FPP) **Solicitud de servicios**

## **Sección I. Datos del solicitante**

Esta solicitud puede usarse para los programas BCSS y FPP.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Grupo racial o étnico	
Correo electrónico	Teléfono principal con código de área		Teléfono secundario con código de área	
Domicilio (calle, número de apartamento o apartado postal)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

## Preferencias de contacto

Prefiero que me contacten por: .....  Correo  Teléfono  Correo electrónico

Idioma preferido: .....  Inglés  Español  Otro

## **Sección II. Información sobre la atención médica del solicitante**

Tengo cobertura integral de atención médica. Esta podría incluir Medicaid, Medicare, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), beneficios de veteranos, TRICARE, seguro privado, etc. (si la respuesta es "Sí", un representante autorizado del programa enviará a su seguro una solicitud de reembolso por los beneficios, servicios o asistencia recibidos). ....

Sí  No

Marque todos los beneficios que recibe:

- Programa SNAP
  - Programa WIC (para mujeres, bebés y niños)
  - Programa Healthy Texas Women (HTW)
  - CHIP Perinatal
  - Medicaid para mujeres embarazadas
  - Otro programa

### **Sección III. Información sobre el hogar**

¿Cuántas personas forman parte del hogar? \_\_\_\_\_ El número de personas lo incluye a usted y a cualquier persona que viva con usted y de la que usted sea legalmente responsable. Si el solicitante es menor de edad, debe incluir a sus padres o tutores legales.

### Información de los ingresos del hogar

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador o la persona que paga el dinero	Monto recibido al mes

Tipo de deducción	Monto de la deducción

### Sección II. Información sobre la atención médica del solicitante

He leído la sección de Derechos y responsabilidades.

#### Aviso sobre la confidencialidad

Salvo en contadas excepciones, usted tiene derecho a pedir una copia de la información que el estado de Texas recopile sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que una dependencia estatal corrija cualquier información que usted considere incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental)

#### Información importante para veteranos

Las mujeres y los hombres que hayan servido en cualquier rama de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, los Marines, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el portal web de los veteranos de Texas en veterans.portal.texas.gov.

#### Acuse de recibo

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos, y que si se aprueba que reciba los servicios del programa debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiarios.

Ponga sus iniciales

#### Certificación de la cobertura

Doy fe de que, hasta donde yo sé, no cuento con más cobertura que la indicada en la Sección II, Información sobre la atención médica del solicitante. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

Ponga sus iniciales

#### Declaración sobre la divulgación de información

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos al proveedor y a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, según sea necesario, para determinar mi derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos.

Ponga sus iniciales

Firma del solicitante

Fecha

**Sección V. Provider Eligibility Certification (completed by provider)**

1. Texas resident .....	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
2. Total monthly household income.....		
3. Household federal poverty level (FPL).....	%	
4. Proof of income.....	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> Waived
5. Adjunctively eligible.....	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
6. Full eligibility met.....	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> N/A
7. Full eligibility met date.....		
8. Is the person eligible for the following program (s)?		
Eligibility effective date:.....		
a. BCCS.....	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
b. HHSC FPP.....	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> N/A

Name of Agency

Signature – Agency Staff Member

Date

# Community Action Health Center

## Outreach & Enrollment Registration Form

<b>Nombre del paciente (Miembro del hogar # 1)</b>				<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Fecha</b>	
				<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		
<b>Dirección de Residencia (Dirección, Ciudad, Estado, Postal)</b>				<b>Condado</b>		
<b>Dirección de Correo (Calle, Ciudad, Estado, Postal)</b>				<b>Condado</b>		
<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Celular</b>	<b>E-Mail/Correo Electrónico</b>	<b>Cual es su manera preferida de contacto?</b>			
			<input type="checkbox"/> Teléfono residencia <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Portal Electrónico <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Alerta de texto			
<b>Numero de seguro social</b>		<b>Sexo</b>	<b>Idioma de Preferencia</b>	<b>Ciudadano de los EEUU</b>	<b>¿Vives en un área que provee viviendas públicas?</b>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgender Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Transgender Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Estado Civil</b>		<b>Raza</b>			<b>Etnia</b>	
<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho <input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Asiaticos <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativos Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros razos <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indios Americanos <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar			<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar	
<b>Contacto en caso de emergencia</b>			<b>Teléfono</b>	<b>Relación</b>		
<b>Nombre del paciente (Miembro del hogar # 2)</b>				<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Fecha</b>	
				<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		
<b>Dirección de Residencia (Dirección, Ciudad, Estado, Postal)</b>				<b>Condado</b>		
<b>Dirección de Correo (Calle, Ciudad, Estado, Postal)</b>				<b>Condado</b>		
<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Celular</b>	<b>E-Mail/Correo Electrónico</b>	<b>Cual es su manera preferida de contacto?</b>			
			<input type="checkbox"/> Teléfono residencia <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Portal Electrónico <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Alerta de texto			
<b>Numero de seguro social</b>		<b>Sexo</b>	<b>Idioma de Preferencia</b>	<b>Ciudadano de los EEUU</b>	<b>¿Vives en un área que provee viviendas públicas?</b>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgender Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Transgender Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Estado Civil</b>		<b>Raza</b>			<b>Etnia</b>	
<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho <input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Asiaticos <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativos Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros razos <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indios Americanos <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar			<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar	
<b>Contacto en caso de emergencia</b>			<b>Teléfono</b>	<b>Relación</b>		
<b>List the Health Center you want to choose as your Medical Home</b>				<b>List the Primary Care Provider you want to establish with</b>		



**CENTROS DE SALUD DE COMMUNITY ACTION CORPORATION OF SOUTH TEXAS**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO DE SALUD**

Por lo presente reconozco que he recibido información sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad incluyendo los Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro de Salud .

**Firme y feche el reconocimiento:** \_\_\_\_\_

**La Relación De el/la Representante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

**Firme y feche el reconocimiento:** \_\_\_\_\_

**La Relación De el/la Representante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

**Community Action Health Centers**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Apéndice de psiquiatría**

*Los clientes reciben una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad en español e inglés en el momento de la firma de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y del Centro de Salud, y previa solicitud.*

**Para nuestros clientes:**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉA CUIDADOSAMENTE.**

Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por este Centro, ya sea realizado por el Centro o por un proveedor asociado. Nuestras políticas sobre la protección de su información de salud se extienden a todas las personas profesionales autorizadas que necesitan saber para brindarle atención. Las políticas se aplican a todas las áreas del Centro, incluido todo el personal del Centro, la recepción, la facturación y la administración. También se aplica a cualquier entidad o persona física con la que contratemos servicios, como proveedores de referencia. Sus otros proveedores de atención médica pueden tener políticas diferentes con respecto al uso y divulgación de su información médica creada en su ubicación.

**SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Como nuestro paciente, creamos registros médicos y documentos electrónicos y en papel relacionados con usted y su salud, así como la atención y los servicios que le brindamos. Necesitamos este registro para brindar continuidad en la atención y cumplir con ciertos requisitos legales. Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de la información de salud que lo identifica (con ciertas excepciones);
- Darle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud que recopilamos y mantenemos sobre usted; y
- Seguir los términos de este Aviso que está actualmente en vigor.

**CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD**

**DIVULGACIÓN A SOLICITUD DE USTED.** Podemos divulgar información médica cuando usted lo solicite. Esta divulgación a petición suya puede requerir una Autorización por escrito de su parte.

**TRATAMIENTO.** Usamos información recopilada previamente sobre usted para brindarle tratamientos o servicios de atención médica actuales o futuros. Por lo tanto, podemos, y probablemente lo haremos, divulgar su información a médicos, enfermeras y otro personal de atención médica que participe en su atención. También podemos divulgar su información de salud a personas ajenas al Centro que puedan estar involucradas en su atención médica después de que abandone el Centro, como enfermeras, trabajadores sociales, familiares o miembros del clero. También podemos usar y divulgar información de salud para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.

**PAGO.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted en relación con los servicios y procedimientos para que puedan facturarse y cobrarse a usted, su compañía de seguros o una entidad de reembolso de terceros, como Compensación para trabajadores. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento.

**USOS OPERACIONALES.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operar el Centro de manera eficiente y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban atención de calidad. También podemos combinar y analizar información de salud sobre muchos pacientes del Centro para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer el Centro, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes, voluntarios y otro personal del Centro para fines de revisión y aprendizaje. Además, podemos combinar la información de salud que tenemos con la información de salud de otros Centros para comparar nuestro desempeño y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que lo identifique de este conjunto de información médica para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes específicos.

**HOJA DE REGISTRO.** Podemos usar y divulgar su información de salud al pedirle que se registre cuando llegue al Centro. También podemos mencionar su nombre cuando esté listo para ser atendido.

**RECORDATORIOS DE CITA Y LLAMADA DE PACIENTES.** Podemos usar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle las citas o la atención médica que recibirá.

**ASOCIADOS DE NEGOCIOS.** Algunas de nuestras funciones se llevan a cabo a través de servicios contratados proporcionados por socios comerciales. Un socio comercial puede incluir a cualquier individuo o entidad que reciba de nosotros su información de salud en el curso de la prestación de servicios para el Centro. Dichos servicios pueden incluir, entre otros, servicios legales, actariales, contables, de consultoría, de agregación de datos, de gestión, administrativos, de acreditación o financieros. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información.

**ALIVIO DE DESASTRES.** En caso de emergencia, podemos divulgar información sobre usted a una entidad que ayude en el alivio de desastres para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

**PRODUCTOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD.** Podemos usar y divulgar información de salud para informarle sobre nuestros productos o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

**FAMILIARES, AMIGOS Y OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU ATENCIÓN O EN EL PAGO DE SU ATENCIÓN.** Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona involucrada o responsable de su atención médica sobre su ubicación en el Centro, su estado general o en caso de su muerte. También podemos divulgar información a alguien que ayude a organizar el pago de su atención. Si puede y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de aceptar u objetar antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos divulgar esta información en el caso de un desastre incluso a pesar de su objeción si creemos que es necesario, para responder al desastre o situación de emergencia. Si no puede o no está disponible para aceptar u objetar, utilizaremos nuestro mejor juicio en cualquier comunicación con su familia, representante personal y otras personas involucradas.

**INVESTIGAR.** Podemos participar en investigaciones relacionadas con el uso de ciertos protocolos de tratamiento que cuentan con la aprobación adecuada del gobierno y del Centro. En ese caso, aseguraríamos su consentimiento informado que identificará todos los aspectos de su participación, riesgos y beneficios y posibles divulgaciones.

**REQUERIDO POR LA LEY.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

**PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O LA SEGURIDAD.** Podemos usar y divulgar su información de salud a personas que necesitan saber cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o la salud y seguridad de los demás.

**CAMBIO DE PROPIETARIO.** En caso de que el Centro se venda o se fusione con otra organización, su información de salud/historial médico pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar que se transfieran copias de su información de salud a otro Centro, grupo, médico u otro proveedor de atención médica.

**ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN EN SALUD.** Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por leyes y reglamentos federales, estatales o locales. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, inspecciones, revisiones de licencias, investigaciones sobre conductas ilegales, cumplimiento de otras leyes y reglamentos. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**RECLUSOS.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información de salud a la institución o al oficial de la ley, si la divulgación es necesaria (a) para que la institución le brinde servicios de salud. cuidado; (b) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (c) para la seguridad y protección de la institución correccional.

**DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA EL PRESIDENTE Y OTROS.** Podemos divulgar su información de salud a autorizados para que puedan brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

**INFORMES DE SALUD PÚBLICA.** Podemos divulgar su información de salud según lo requiera la ley o por su autorización con respecto a ciertas condiciones de salud para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, nacimientos y muertes, abuso o negligencia de niños o ancianos, reacciones a medicamentos o productos, retiradas de productos y aviso de exposición a una condición.

**VÍCTIMAS DE ABUSO, ABANDONO O VIOLENCIA DOMÉSTICA.** Podemos divulgar su información de salud a las fuerzas del orden público, servicios sociales u otras agencias gubernamentales autorizadas para recibir el informe si tenemos razones para creer que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**JUICIOS Y DISPUTAS.** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación, citación judicial u orden judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos razonables, para notificarle sobre la solicitud (que puede incluir un aviso por escrito) y usted no ha objetado, o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**CUMPLIMIENTO DE LA LEY.** Podemos divulgar su información de salud a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, convocatoria o proceso similar para identificar o localizar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida, en relación con una víctima de un delito, sobre una muerte que creemos puede involucrar acciones criminales, conducta criminal en progreso, crímenes en las instalaciones del Centro o situaciones de emergencia para reportar un crimen o detalles de un crimen.

**MÉDICOS FORENSES, EXAMINADORES MÉDICOS Y DIRECTORES DE FUNERARIAS.** Podemos divulgar su información de salud a un médico forense o examinador médico o directores de funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

**SEGURIDAD MILITAR Y NACIONAL.** Si actualmente sirve en las fuerzas armadas o es un veterano, podemos divulgar su información de salud a las fuerzas armadas si así lo solicita. También podemos divulgar su información a funcionarios federales que realizan actividades de inteligencia y seguridad nacional.

**COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES.** Podemos divulgar su información si así lo exigen las leyes de compensación para trabajadores y otras leyes y reglamentos similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**AUTORIZACIONES DE SEGURIDAD.** Podemos utilizar su información médica para tomar decisiones con respecto a su idoneidad médica para una autorización de seguridad o un servicio en el extranjero. También podemos divulgar su determinación de idoneidad médica a los funcionarios del Departamento de Estado que necesitan acceder a esa información para estos fines.

**EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE PERSONAL.** Podemos divulgar información de salud a una agencia gubernamental estatal o local o a un equipo de personal multidisciplinario relevante para la prevención, identificación, manejo o tratamiento de un niño abusado y los padres del niño, o abuso y negligencia de ancianos.

**CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN DE SALUD.** En algunas circunstancias, su información de salud puede estar sujeta a restricciones adicionales que pueden limitar o impedir algunos usos o divulgaciones descritos en este Aviso o Prácticas de privacidad. Por ejemplo, existen restricciones especiales sobre el uso y/o divulgación de ciertas categorías de información de salud como: (a) información sobre el tratamiento del SIDA y los resultados de las pruebas del VIH; (b) tratamiento para condiciones de salud mental y notas de psicoterapia; (c) información sobre tratamientos para el abuso de alcohol, drogas y dependencia química; y/o (d) información genética, están todos sujetos a restricciones especiales. Además, los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medicare o Medicaid, también pueden limitar la divulgación de información del paciente para fines no relacionados con el programa.

#### **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Tiene derecho a:

**INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN MÉDICA.** Puede solicitar revisar y obtener una copia de su información de salud que el Centro conserva mientras el Centro la tenga. El centro puede cobrar una tarifa por cualquier copia que solicite. de Privacidad del Centro **Contacto**. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en circunstancias específicas. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por el Centro revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que denegó su solicitud. El Centro cumplirá con el resultado de la revisión.

**MODIFIQUE SU INFORMACIÓN MÉDICA, SI CONSIDERA QUE ESTÁ INCORRECTA O NO COMPLETA.** Puede solicitar que modifiquemos la información de salud que conserva el Centro. Si el Centro acepta su solicitud de modificar su información médica, el cambio se convertirá en un documento permanente en su registro de atención médica. de Privacidad del Centro **Contacto**. Debe incluir una razón que respalde su solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

1. no fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
2. No es parte de la información de salud mantenida por o para el Centro;
3. no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
4. Es precisa y completa.

**SOLICITAR RESTRICCIONES.** Puede pedirle al Centro que no use ni divulgue su información de salud. Su solicitud debe describir los límites específicos que está solicitando. El Centro puede negar su solicitud. del Centro **Contacto de Privacidad**.

**NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR SU SOLICITUD.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Le notificaremos si no estamos de acuerdo con una restricción solicitada. Para solicitar restricciones, debe enviar una solicitud por escrito al Centro a la dirección anterior. En su solicitud, debe indicar: (a) qué información desea limitar; (b) si desea limitar su uso, divulgación o ambos; y (c) a quién desea que se apliquen los límites; por ejemplo, ninguna divulgación a su cónyuge.

**DERECHO A RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE LOS SERVICIOS PAGADOS POR USTED EN SU TOTALIDAD.** Tiene derecho a restringir la divulgación de su información de salud a un plan de salud si la información de salud se refiere a los servicios de atención médica por los cuales pagó en su totalidad directamente al Centro y la ley no exige otra divulgación.

**SOLICITE UNA LISTA DE DIVULGACIONES QUE HEMOS HECHO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA.** Puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que ha realizado el Centro. Esta lista no incluirá divulgaciones de rutina de su información de salud para fines de tratamiento, pago u operaciones comerciales descritos anteriormente. de Privacidad del Centro **Contacto**.

**SOLICITE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE NOSOTROS.** No divulgaremos su información de salud excepto como se describe en este Aviso. Sin embargo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted por otros medios o en una dirección diferente o que limitemos la cantidad o el tipo de personas que tienen acceso a su información de salud. de Privacidad del Centro **Contacto**.

**RECIBA UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO DE NOSOTROS.** Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento.

**DERECHO A LA NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.** Tiene derecho a que se le notifique si nosotros o uno de nuestros socios comerciales se da cuenta de una divulgación indebida de su información de salud.

#### **SU DERECHO A QUEJAR**

**QUEJAS.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Centro o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito y todas las quejas serán investigadas.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

**CAMBIOS A ESTE AVISO.** Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Publicaremos una copia del aviso actual en el Centro con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Puede solicitar una copia del aviso actual cada vez que visite el Centro para recibir servicios o llamando al Centro y solicitando que se le envíe el aviso actual por correo.

#### **INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PRIVACIDAD**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea enviar una solicitud, comuníquese con el **Contacto de Privacidad** en:

Oficial de Cumplimiento  
Dirección: PO Drawer 1820 Alice, TX 78333  
Teléfono: 361-664-0145 ext. 2002

#### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Otros usos y divulgaciones de la información de salud que no estén cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su permiso por escrito. Si nos otorga permiso para usar o divulgar su información de salud, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, detendremos los usos y divulgaciones permitidos por ese permiso, excepto en la medida en que ya hayamos actuado confiando en su permiso. Por ejemplo, no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso.

#### **PARTICIPACIÓN EN UN INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)**

Como parte de nuestras operaciones de atención médica, tenemos la intención de participar en un HIE electrónico, que es un arreglo local o regional de organizaciones de atención médica y proveedores que han acordado trabajar entre sí para facilitar el acceso a la información de atención médica que puede ser relevante para su atención. Por ejemplo, si lo internan en un centro en caso de emergencia y no puede proporcionar información importante sobre su estado de salud, el HIE permitirá que los proveedores participantes accedan a su información de salud pertinente compartida por sus diversos proveedores para que puedan responder más rápidamente. ofrecerle un tratamiento adecuado. Cuando sea necesario, el fácil acceso a su información de salud significa una mejor atención para usted. Una vez que comencemos a participar en un HIE, conservaremos la información de atención médica (incluida la PHI) sobre nuestros pacientes en un registro médico electrónico compartido con otros proveedores de atención médica que también participan en el HIE.

Tenemos la intención de que su PHI sea utilizada de manera responsable por nuestra organización, así como por las organizaciones a las que estamos afiliados, de modo que los datos se cifren y almacenen dentro de una red segura y, si se transmite su PHI, se hará a través de una red privada segura, con resguardos administrativos, físicos y técnicos de conformidad con este Aviso y la ley.

Si elige no participar en el HIE electrónico, se le dará la oportunidad de optar por no participar en el HIE. Si luego cambia de opinión, se le dará la oportunidad de volver a participar en el HIE.

#### **"EXCLUIRSE" O "VOLVER A PARTICIPAR" EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE)**

Si opta por no participar en el HIE, su información médica se seguirá utilizando de acuerdo con este Aviso y la ley, pero NO se hará disponibles a través del HIE, incluso en emergencias médicas. Su elección de "optar por no participar" o "optar por volver" al HIE deberá realizarse mediante una solicitud por escrito. El formulario necesario para permitirle hacerlo será proporcionado por el personal en cualquiera de los sitios de práctica de nuestro consultorio médico cuando lo solicite.

#### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Apéndice de Psiquiatría**

**ESTE AVISO ANEXO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA O DE SALUD MENTAL, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ESTE AVISO ANEXO ES PARTE DEL "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD" QUE SE APLICA A SU OTRA INFORMACIÓN MÉDICA. POR FAVOR REVISE ESTE ANEXO Y EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con el Gerente de Privacidad del Centro al: (361) 245-5154; o con el/la Director/a de Operaciones del Centro al: (361) 664-0145.

La confidencialidad de sus registros psiquiátricos o de salud mental mantenidos por el Centro recibe protección especial bajo las leyes federales y estatales. Sin embargo, podemos divulgar información psiquiátrica o de salud mental que lo identifique sin su autorización en las siguientes circunstancias:

- **Divulgación a petición suya.** Podemos divulgar información médica cuando usted lo solicite. Esta divulgación a petición suya puede requerir una Autorización por escrito de su parte.
- **Para Tratamiento.** Podemos usar su información de salud mental/psiquiátrica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información psiquiátrica a profesionales de la salud fuera de este centro solo si son responsables de su salud física o mental.
- **Para pago.** Podemos usar o divulgar su información psiquiátrica/de salud mental para corroborar o cobrar una reclamación por tratamiento o servicios de salud mental que reciba en el Centro.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar información psiquiátrica/de salud mental sobre usted para nuestras actividades de operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar el Centro de manera eficiente y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad.

#### USOS ADICIONALES Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL INCLUYEN:

- **Como lo exige la ley.** Divulgaremos su información de salud cuando así lo exijan las leyes o reglamentos federales, estatales o locales.
  - **Para Procedimientos Legales y Disputas.** Si está involucrado en un procedimiento legal judicial o administrativo (demanda o disputa), podemos divulgar su información psiquiátrica/de salud mental en respuesta a una orden judicial o administrativa o cuando la ley exija o permita dicha divulgación. Por ejemplo, podemos divulgar información psiquiátrica o de salud mental a los tribunales, abogados y empleados de los tribunales en el curso de la tutela y ciertos otros procedimientos judiciales o administrativos. También podemos divulgar su información de salud mental en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud (que puede incluir una notificación por escrito a usted) o para obtener una orden de protección de la información solicitada.
  - **Para Investigación.** Podemos divulgar su información de salud mental/psiquiátrica a investigadores que la soliciten para proyectos de investigación médica aprobados; sin embargo, dichas divulgaciones deben ser aprobadas mediante un proceso de aprobación especial antes de que se divulgue cualquier información a los investigadores, quienes deberán salvaguardar la información que reciben.
  - **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Por ejemplo, podemos notificar al personal de respuesta a emergencias sobre una posible exposición al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA") y/o al Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH"). Sin embargo, dicha divulgación solo se hará en la medida requerida o permitida por las leyes y reglamentos federales, estatales o locales.
  - **A la aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información de salud mental/psiquiátrica al personal encargado de hacer cumplir la ley en circunstancias limitadas y específicas. Por ejemplo, podemos divulgar información psiquiátrica a las fuerzas del orden público si su proveedor determina que existe una probabilidad de daño físico inminente por parte de un paciente (a sí mismo o a otra persona). Además, podemos divulgar su información psiquiátrica/de salud mental si un paciente del Centro ha cometido un delito.
  - **A las Agencias Gubernamentales.** Podemos divulgar su información psiquiátrica/de salud mental para notificar a la agencia gubernamental correspondiente cuando lo exija o lo autorice la ley (por ejemplo, si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso o negligencia).
  - **A las agencias de supervisión de atención médica.** Podemos divulgar su información de salud mental/psiquiátrica a las agencias de supervisión de la atención médica para garantizar que cumplamos con los estándares de atención y servicios y con las leyes y reglamentaciones aplicables. Solo haremos esta divulgación cuando lo exija o lo autorice la ley.
  - **Categorías especiales de información de salud.** En algunas circunstancias, su información de salud puede estar sujeta a restricciones adicionales que pueden limitar o impedir algunos usos o divulgaciones descritos en este Aviso o Prácticas de privacidad. Por ejemplo, existen restricciones especiales sobre el uso y/o divulgación de ciertas categorías de información de salud. Por ejemplo, (1) información sobre el tratamiento del SIDA y resultados de las pruebas del VIH; (2) tratamiento para afecciones de salud mental y notas de psicoterapia (*consulte* discusión a continuación); (3) información sobre tratamientos para el abuso de alcohol, drogas y dependencia química; y/o (4) información genética, están todos sujetos a restricciones especiales. Además, los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medicare o Medicaid, también pueden limitar la divulgación de información del paciente no relacionada con el programa.
  - **Notas de psicoterapia.** Las notas de psicoterapia son notas grabadas (en cualquier medio) por un proveedor de atención médica que es un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de asesoramiento privado o una sesión de asesoramiento grupal, conjunto o familiar y que están separadas del resto de la historia clínica de la persona.
- Las notas de psicoterapia excluyen: (a) prescripción y seguimiento de medicamentos; (b) horas de inicio y finalización de la sesión de asesoramiento; (c) las modalidades y frecuencias de tratamiento proporcionadas; (d) resultados de pruebas clínicas; y (e) cualquier resumen de los siguientes elementos: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha.<sup>[1]</sup> Podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia, para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o:
1. para uso del originador de las notas;

2. en programas supervisados de capacitación en salud mental para estudiantes, aprendices o profesionales;
3. por la Entidad Cubierta para defender una acción legal u otro procedimiento presentado por el individuo;
4. para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público;
5. para la vigilancia de la salud del autor de la nota de psicoterapia;
6. para uso o divulgación al forense o examinador médico para informar la muerte de un paciente, e información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de la condición física del paciente;
7. para el uso o divulgación necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público;
8. para uso o divulgación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS") en el curso de una investigación; y/o
9. como lo exige la ley.

Por lo general, no le diremos a nadie fuera del Centro que usted está siendo tratado por el Centro por su servicios de psiquiatra o de salud mental.

Otros usos y divulgaciones de su información psiquiátrica o de salud mental que no estén cubiertos por este Aviso de prácticas de privacidad, el Anexo psiquiátrico o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su Autorización por escrito.

Consulte el Aviso general de prácticas de privacidad para obtener información sobre cómo revocar una Autorización para el uso o divulgación de información médica. Sus derechos con respecto a su información de salud descritos en el Aviso general de prácticas de privacidad también se aplican a su información de salud mental/psiquiátrica.

**REVISIÓN FECHA DE : este Aviso fue revisado el 25 de agosto de 2022.**

## **Centro de Salud de Community Action**

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO DE SALUD**

Bienvenido al Centro de Salud. Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad a las personas de esta comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Como paciente, tiene derechos y responsabilidades. El Centro de Salud también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que comprenda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a brindarle una mejor atención médica. Por favor lea el Paciente y de Derechos y Responsabilidades centro de salud, hacer cualquier pregunta que pueda tener, antes de firmar el acuse de recibo. Derechos humanos:

1. Tiene derecho a ser tratado con respeto independientemente de su raza, color, credo, estado civil, religión o sexo. (inclusivo de Acoso y de género y Acoso basado en el embarazo, parto o condiciones médicas relacionadas), Orientación sexual, nacionalidad, ascendencia, dominio limitado del inglés, discapacidad física o mental o la discapacidad, la edad, el status veterano, afiliación política o'creencia, o de otro tipo motivo no es permitida por aplicables. las leyes o reglamentos federales, estatales y locales

#### **Pago de servicios:**

1. Usted es responsable de brindarnos información precisa sobre su estado financiero actual y cualquier cambio en su estado financiero. Se necesita esta información para decidir cuánto se le cobrara y / o para poder facturárselo a un seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios para los que puede ser elegible. Si sus ingresos son inferiores a las pautas federales de pobreza, se le cobrará una tarifa con descuento.
2. Tiene derecho a recibir explicaciones sobre nuestra factura. Debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todas las tarifas acordadas por los servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales, que se brindan de forma prepaga. Si no puede pagar de inmediato, infórmenos para que podamos brindarle atención ahora y elaborar un plan de pago.
3. La ley federal nos prohíbe de negarle los servicios de atención médica primaria que sean médicalemente necesarios, únicamente porque usted no puede pagar por estos servicios.
4. Si omite información, no brinda información o se niega a brindarla, o brinda información falsa o engañosa sobre estos asuntos, es posible que deba reembolsar al estado los servicios prestados si se determina que no es elegible para recibirlos. Informará cambios en la situación de su hogar / familia que afecten la elegibilidad durante el periodo de certificación (cambios en los ingresos, miembros del hogar / familia y residencia).
5. Usted autoriza la divulgación de toda la información, incluidos, entre otros, los ingresos y la información médica, por y para el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DHS) y el Proveedor para determinar la elegibilidad, facturar o prestar servicios a su hogar / familia o usted.
6. Usted comprende que puede solicitarle el Proveedor que proporcione pruebas de la información proporcionada en esta solicitud.
7. La cobertura de seguro médico, que incluye, entre otros, el seguro médico individual o grupal, la membresía en una organización de mantenimiento de la salud, Medicaid, Medicare, los beneficios de la Administración de Veteranos, el Programa Médico y de Salud Civil de los Servicios Uniformados (CHAMPUS) y los beneficios de Compensación para Trabajadores, debe ser informado al Proveedor. Los beneficios del seguro médico pueden considerarse la principal fuente de pago por la atención médica recibida. Por lo presente, usted asigna al Proveedor dichos beneficios. También asigna el pago de los beneficios y servicios recibidos de y a través del Proveedor directamente a los proveedores de servicios.
8. Entiende y acepta que el programa no proporciona pago por atención hospitalaria. Entiende que debe hacer sus propios arreglos para la atención hospitalaria y que usted es responsable del costo de la atención.

#### **Privacidad:**

1. Tiene derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamiento sean privados. Sus registros médicos también son privados. Solo las personas legalmente autorizadas pueden ver sus registros a menos que usted nos solicite por escrito que se los mostremos a otra persona. Se adjunta una discusión completa de sus derechos de privacidad como "Aviso de Derecho de privacidad." Al firmar el acuse de recibo o está indicando que ha recibido este Aviso. El Aviso detalla los diversos derechos que le otorga la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.
2. Con pocas excepciones, tiene derecho a solicitar y ser informado acerca de la información que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información cuando lo solicite. También tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código de Gobierno, Sección 552.021, 522.023 y 559.004)

#### **Atención médica:**

1. Usted es responsable de brindarnos información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, para que podamos brindarle la atención médica adecuada. Tiene derecho, y se le anima, a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Tiene derecho a recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que comprenda. Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, el plan de tratamiento (incluidos los riesgos) y el resultado esperado, si se conoce, e información sobre las instrucciones anticipadas. Si no desea recibir esta información, o si no es médicalemente aconsejable compartir esa información con usted, se la proporcionaremos a una persona legalmente autorizada.
3. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo que incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer y cumplir con

las citas programadas y solicitar una cita "sin cita previa" sólo cuando esté enfermo. Es posible que no podamos verlo a menos que tenga una cita. Si no puede seguir las instrucciones del personal, infórmenos para que podamos ayudarlo.

4. Si es un adulto, tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley ya ser informado de los riesgos de rechazar dicha atención. Usted es responsable del resultado de rechazar el tratamiento.

5. Tiene derecho a recibir atención médica y tratamiento que sean razonables para su afección y que estén dentro de nuestra capacidad. Tiene derecho a ser transferido o derivado a otra instalación para recibir servicios que no podemos brindarle. Pero no pagamos por los servicios que recibe en otro lugar. El Centro de Salud no es un servicio de urgencias. Está disponible la cobertura fuera de horario. Los proveedores pueden ser contactados fuera del horario de atención llamando a cada centro en:

Community Action School Based Health Center Mathis PH # 361-547-4121  
Community Action Health Center Sinton PH# 361-364-4486  
Community Action Pediatric Center Sinton PH# 361-364-4486  
Community Action Health Center Beeville, Ste. 5, 6, 8, 15 PH # 361-362-0307  
Community Action Health Center Kingsville PH # 361-592-3237  
Community Action Health Center, Ste. 2A P H # 361-664-1417  
Community Action Health Center Falfurrias, Suite A, B & D PH # 361-325-9404  
Community Action Health Center Duval PH # 361-256-3663  
Community Action Health Center Mobile Clinic # 2 (TAMUK) PH# 361-293-0600

6. Si tiene dolor, tiene derecho a recibir una evaluación y un tratamiento adecuados, según sea necesario.

7. Algunos programas especifican que debe ser residente bonafide de Texas o de un dependiente. Debe vivir físicamente en Texas, mantener una vivienda en Texas y no reclamar ser residente de otro estado o ser dependiente de un residente genuino de Texas. Se le notificará al momento de la inscripción si está inscrito en un programa con estos requisitos.

8. Algunos programas brindan atención a través de proveedores aprobados por el programa. Usted comprende que, para recibir beneficios de dichos programas, el tratamiento debe recibirse a través de los proveedores aprobados por el programa.

9. Entiende que los criterios para participar en el programa son los mismos para todos, independientemente del sexo, la edad, la discapacidad, la raza u origen nacional.

10. Entiende que recibirá documentación escrita sobre los servicios para los cuales su hogar / familia o usted es elegible o potencialmente elegible.

#### **Reglas del Centro de Salud:**

1. Tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios del Centro de Salud. Usted es responsable de usar del desalud los servicios centro de una manera apropiada. Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.

2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que entren con usted al Centro de Salud. Usted es responsable de su seguridad y la protección de los clientes y de nuestra propiedad.

3. Tiene la responsabilidad de cumplir con sus citas programadas. Las citas programadas perdidas causan retrasos en el tratamiento de otros pacientes. Si no asiste a las citas programadas, es posible que se le pida que se reúna con un representante del Centro de Salud para determinar el motivo de sus citas perdidas y si puede continuar como paciente del Centro De Salud.

4. Entiende que, para mantener la elegibilidad del programa, deberá solicitar asistencia al menos cada doce meses.

#### **Quejas:**

1. Si no está satisfecho con nuestros servicios, infórmenos. Queremos sugerencias para mejorar nuestros servicios. Las quejas se pueden presentar ante el administrador del Centro de Salud. Si no está satisfecho con la resolución de su queja, presente un Formulario de inquietud del paciente ante el Oficial de cumplimiento.

2. Si se queja, no lo castigaremos por presentar una queja y continuaremos brindando servicios.

3. Tiene derecho a presentar una queja con respecto al manejo de su solicitud o cualquier acción tomada por el programa con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC al 1-888-388-6332. Cualquier alegación o queja de discriminación relacionada con los servicios será reportada por el Centro de Salud a la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC dentro de los 10 días.

#### **Terminación:**

1. Si decidimos que debemos dejar de tratarlo como paciente, usted tiene derecho a recibir un aviso previo que explique el motivo de la decisión y se le otorgarán 30 días para buscar otros servicios de atención médica. Podemos decidir dejar de tratarlo de inmediato y sin previo aviso si ha creado una amenaza para la seguridad del personal y otros **pacientes**. Tiene derecho a recibir una copia de la Terminación del paciente y proveedor/ Póliza de Relaciones del Centro De Salud.

Las razones por las cuales podemos dejar de verlo incluyen:

- A) No Cumplir con nuestras reglas, tales como asistir a las citas programadas.
  - B) Incumplimiento intencional de precisión informe su estado financiera)
  - C) Incumplimiento voluntario para reportar información exacta sobre su salud o enfermedad
  - D) la falta intencional de seguir el programa de cuidado de la salud, tales instrucciones acerca de tomar medicamentos, prácticas de salud personal, o citas de seguimiento, según lo recomendado por su proveedor y / o
  - E) Creación de una amenaza para la seguridad del personal y / pacientes
2. Si le hemos notificado la terminación del paciente y del proveedor/ salud centro relación, usted tiene el derecho de apelar la decisión de el/la Director/a Ejecutivo. A menos que tenga una emergencia médica, no lo seguiremos viendo como paciente mientras apela la decisión.