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 - 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 **Laura Smithwick** Ext.2140 **Teresa Rivera** Ext. 2145	301 S.Hillside Drive Tel:361-362-0307 **Lesley De Leon** Ext. 2206	1311 E. General Cavazos Suite C Tel:361-592-3237 **Irene Martinez** Ext. 2519	1302 S. St. Mary's Tel: 361-325-9404 **Irene Martinez** Ext. 2519	621 E. Sinton Tel: 361-364-4486 **Lesley de Leon** Ext. 2206	115 W. Main St. Tel: 361-256-3663 **Laura Smithwick** Ext.2140 **Teresa Rivera** Ext. 2145	502 E. San Patricio Ave. Tel: 361-547-4121 **Lesley De Leon** Ext. 2206

TEXAS Health and Human Services

PHC y MCH FFS del Título V

Solicitud de beneficios del programa

Formulario 3029-S
Septiembre de 2026

Use esta solicitud 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 1. 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.**

Apellido, primer nombre y segundo nombre	Sexo ◯ Masculino ◯ Femenino	Fecha de nacimiento	Grupo racial o étnico

Domicilio o apartado postal	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Núm. de teléfono principal con código de área	Núm. de teléfono secundario con código de área

Dirección de correo electrónico

Preferencias de contacto

Los siguientes campos no afectan su habilidad para recibir estos beneficios. Seleccione todo lo que aplique.

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo postal:

¿Qué idioma prefiere hablar? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

¿En qué idioma prefiere la correspondencia? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Servicio militar

¿Ha prestado usted o cualquier otro solicitante servicio alguna vez en las Fuerzas Armadas de EE. UU. o en las Fuerzas Armadas de Texas, independientemente de la duración de su servicio o del tipo de baja?

◯ Sí ◯ No ◯ Prefiero no contestar

Información importante para veteranos de servicio militar

Si usted ha servido en el ejército, posiblemente pueda recibir servicios adicionales. Para más información, visite el Portal para Veteranos de Texas.

Información importante para mujeres que son veteranos del servicio militar

Si usted es una mujer adulta que prestó servicio en las fuerzas armadas, es posible que tenga derecho a servicios adicionales. Visite el sitio web del Programa de Mujeres Veteranas de la Comisión de Veteranos de Texas en tvc.texas.gov/es/women y el Portal de Veteranos de Texas en veterans.portal.texas.gov.

Sección 2. Información sobre los miembros del 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. Revise las instrucciones de la solicitud 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)**; servicios médicos y dentales prenatales del Título V **(TV PMD)**

Nombre Apellido, nombre, segundo nombre	**Fecha de nacimiento**	**Sexo** Hombre o mujer	**Grupo racial o étnico**	**Relación con el solicitante**	**Programa que solicita** *PHC, TV CHD, TV PMD o no aplica	**¿Está inscrito en un plan de seguro médico?**
				Solicitante		◯ Sí ◯ No
						◯ Sí ◯ No
						◯ Sí ◯ No
						◯ Sí ◯ No
						◯ Sí ◯ No
						◯ Sí ◯ No
						◯ Sí ◯ No

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

¿Tiene algún miembro del hogar circunstancias especiales que puedan afectar su inclusión en el hogar? ◯ Sí ◯ No

Si respondió "Sí", dé una explicación detallada.

Sección 3. Determinación de derecho automático a los servicios de PHC

¿Está solicitando el programa PHC? ◯ Sí ◯ No* Si respondió "No", vaya a la sección 4.

Si está solicitando el programa PHC, puede que reúna los requisitos para el derecho automático a los servicios de PHC. Seleccione todos los beneficios que usted y sus dependientes reciben actualmente:

☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

☐ Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

☐ Medicaid para mujeres embarazadas

☐ Medicaid para Niños*

☐ 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 Texas Medicaid and Healthcare Partnership (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 4. Documente la verificación en las notas de la sección seis.

Sección 4. 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 solicitante que paga el dinero**	**Tipo de ingreso**	**Cantidad bruta recibida**	**Frecuencia del ingreso** Cada semana, cada 2 semanas, mensualmente	**Total de ingresos mensuales**
				Ingresos brutos mensuales del hogar:	
				Deducciones permitidas:	
				Ingresos brutos mensuales ajustados del hogar:	

Notas:

Sección 5. Reconocimiento del solicitante

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 toda la 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 en 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 la dependencia estatal corrija cualquier información incorrecta. Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental.

Iniciales

Reconocimiento

Entiendo que esta solicitud es un documento legal. Al firmar este formulario, declaro que, a mi entender, todos los datos incluidos son verdaderos y correctos. Entiendo que dar información falsa podría dar lugar a la descalificación del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos. Si me aprueban para recibir servicios del programa, se me hará responsable de cumplir con las reglas del programa. Esto incluye seguir cumpliendo con los requisitos y con todas las otras responsabilidades del beneficiario.

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 de seguro médico aparte de la que se indica en esta solicitud. Autorizo al programa a que facture a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

Iniciales

Firma del solicitante **Fecha**

Sección 6. Criterios de participación completados por el proveedor

El personal que determina la participación debe contestar todas las preguntas:

1. Residente de Texas ..... ◯ Sí ◯ No
2. Total de ingresos brutos mensuales ajustados del hogar .....
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 está solicitando CHD del Título V ..... ◯ Sí ◯ No
7. Si la persona solicita **derecho automático a los servicios de PHC,** ¿se verificaron el recibo de los beneficios? Si se hizo, se debe incluir documentación de la inscripción. ..... ◯ 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 de PHC para los cuales el solicitante no tiene cobertura primaria.

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

   CHIP o Medicaid para Niños ..... ◯ Sí ◯ No

   Medicaid para mujeres embarazadas o CHIP-P ..... ◯ Sí ◯ No

***La presunción de derecho a beneficios se tiene que otorgar si un solicitante reúne los requisitos para recibir los beneficios del programa y tiene una necesidad médica o dental inmediata, pero no tiene los documentos requeridos.**
Si un solicitante está inscrito en un plan de salud, pero no tiene cobertura dental y, por otra parte, reúne los requisitos para recibir los beneficios del programa, tiene derecho a los beneficios dentales del Título V. Especifique en el espacio a continuación.

Notas:

Sección 7. Certificación de cumplimiento completada por el proveedor

Fecha del derecho a los servicios: _____

Nombre de la persona	**Cumplimiento de los requisitos** PHC, TV CHD, TV PMD	**Tipo de derecho a servicios otorgado** Tiene derecho o presunción de derecho a beneficios	**Cantidad del copago**

Al firmar a continuación, doy fe de que los solicitantes arriba mencionados cumplen los requisitos del programa. He informado a los solicitantes que aparentan reunir los requisitos de Medicaid para mujeres embarazadas, Medicaid para Niños, CHIP, CHIP Perinatal, y otros programas estatales relacionados de que deben solicitar esos programas a través de YourTexasBenefits.com.

Nombre del centro _____ **Firma del miembro del personal que da fe** _____ **Fecha** _____

Este formulario debe guardarse con el expediente del cliente. No debe enviarse a la oficina estatal de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

- **Los clientes que cumplan los requisitos deben recibir** el formulario 3012-S, *Verificación del cumplimiento de requisitos.*
- **Los clientes con presunción de derecho a beneficios deben recibir** el formulario 3045-S, *Aviso de presunción de derecho a beneficios.*
- **Los solicitantes que no reúnan los requisitos para recibir los beneficios de un programa deben recibir** el formulario 3047-S, *Aviso de no admisibilidad.*

COMMUNITY ACTION CORPORATION OF SOUTH TEXAS

Community Action Health Center
Outreach & Enrollment Registration Form

Nombre del solicitante(Apellido, Segundo y Apellido de soltera)Miembro del hogar #1	Fecha de Nacimiento	Fecha
☐ Jr. ☐ Sr. ☐ III ☐ IV		

Dirección de correo (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Condado:

Dirección de residencia (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Condado:

Teléfono de casa	Teléfono Celular	Correo Electrónico:	¿Cómo te gustaría que nos pusiéramos en contacto contigo?
			☐ Teléfono de casa ☐ Celular ☐ Correo ☐ Portal Electrónico ☐ Correo Electrónico ☐ Alerto de texto

Número de Seguro Social	Sexo:	Idioma Preferido:	Ciudadano de los EEUU	¿Vives en un área que provee viviendas públicas?	¿Sin hogar?
	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero Mujer a Hombre ☐ Transgénero Hombre a Mujer	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro ____	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Estado Civil	Etnicidad	Raza
☐ Casados ☐ Separados Legalmente ☐ Individual ☐ Viuda ☐ Pareja ☐ Divorciado	☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Se negó a reportar	☐ Asiáticos ☐ Blanco ☐ Nativos Hawaianos ☐ Multi-raza ☐ Negro / Afroamericano ☐ Otras Razas ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Se negó a reportar

Nombre del Contacto de Emergencia	Teléfono	Relación

Nombre del solicitante(Apellido, Segundo y Apellido de soltera)Miembro del hogar #2	Fecha de Nacimiento	Fecha
☐ Jr. ☐ Sr. ☐ III ☐ IV		

Dirección de correo (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Condado:

Dirección de residencia (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Condado:

Teléfono de casa	Teléfono Celular	Correo Electrónico:	¿Cómo te gustaría que nos pusiéramos en contacto contigo?
			☐ Teléfono de casa ☐ Celular ☐ Correo ☐ Portal Electrónico ☐ Correo Electrónico ☐ Alerto de texto

Número de Seguro Social	Sexo:	Idioma Preferido:	Ciudadano de los EEUU	¿Vives en un área que provee viviendas públicas?	¿Sin hogar?
	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero Mujer a Hombre ☐ Transgénero Hombre a Mujer	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro ____	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Estado Civil	Etnicidad	Raza
☐ Casados ☐ Separados Legalmente ☐ Individual ☐ Viuda ☐ Pareja ☐ Divorciado	☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Se negó a reportar	☐ Asiáticos ☐ Blanco ☐ Nativos Hawaianos ☐ Multiraza ☐ Negro / Afroamericano ☐ Otras Razas ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Se negó a reportar

Nombre del Contacto de Emergencia	Teléfono	Relación

Enumere el Centro de Salud que desea elegir como su Hogar Médico	Enumere el proveedor de atención primaria con el que desea establecerse

Revised 08/2025

COMMUNITY ACTION CORPORATION OF SOUTH TEXAS

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: _____

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 facturarle 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 médicamente 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 período 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 (DSHS) 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 médicamente 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
Javelina Health Clinic PH# 361-239-0600
Community Action Health Center Kenedy PH # 361-666-5632

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. Sele 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 Salud servicios del Centro de. Usted es responsable de usardel 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. Us. responsables 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.

Community Action Corporation of South Texas (Centro de Salud)
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON ANEXO PSIQUIÁTRIA

Los pacientes reciben una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad al firmar el documento de Derechos y Responsabilidades de Pacientes y Responsabilidades del Centro de Salud y si lo solicitan. Una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en español si se solicita.

A nuestros pacientes:

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR TU INFORMACIÓN MEDICA Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉELO CON ATENCIÓN.

Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por el Centro de Salud, ya sean realizados por el Centro de Salud o por un profesional clínico asociado. Nuestras políticas sobre la protección de su información médica se aplican a todos los profesionales autorizados que necesitan conocerla para brindarle atención. Las políticas se aplican a todas las áreas del Centro de Salud, incluyendo a todo el personal, la recepción, la facturación y la administración. También se aplica a cualquier entidad o individuo con el que contratemos servicios, como los médicos de referencia. Es posible que otros profesionales médicos que lo atienden tengan políticas diferentes con respecto al uso y divulgación de su información de salud creada en sus instalaciones.

SU INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA

Como paciente nuestro, creamos historiales médicos y documentos, tanto en papel como electrónicos, sobre usted y su salud, así como sobre la atención y los servicios que le proporcionamos. Necesitamos este registro para garantizar la continuidad de la atención médica y cumplir con ciertos requisitos legales. La ley nos exige:

- Mantener la privacidad de la información médica que lo identifique (con ciertas excepciones);
- Entregarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica que recopilamos y mantenemos sobre usted; y
- Cumplir con los términos de este Aviso que están vigentes actualmente.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información médica. La siguiente categoría es una explicación. No todos los usos o divulgaciones de una categoría se incluirán. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información entrarán en una de las categorías.

DIVULGACIÓN A PETICIÓN SUYA. Podemos divulgar información médica cuando lo solicite. Esta divulgación a petición suya podria requerir su autorización por escrito.

TRATAMIENTO. Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes y otros profesionales médicos que participen en su atención. También podemos divulgar su información médica a personas externas al Centro de Salud que puedan estar involucradas en su atención medica tras su salida del Centro de Salud, como enfermeras, trabajadores sociales, familiares o miembros del clero. También podemos usar y divulgar su información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

PAGO. Podemos utilizar y divulgar su información médica relacionada con servicios y procedimientos para que se facturen y cobren a usted, a su compañía de seguros o a una entidad de reembolso externa, como la Compensación Laboral. La información médica del paciente de la Clínica Javelina Health puede ser divulgada a Texas A & M University Kingsville para fines de reembolso y pago. También podríamos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que recibirá para obtener aprobación previa o para determinar si su plan de salud lo cubrirá.

USOS OPERATIVOS. Podemos usar y divulgar su información médica para operar el Centro de Salud de manera eficiente y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban atención de calidad. También podemos combinar y analizar la información sanitaria de muchos pacientes del Centro de Salud para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cuáles no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Podemos divulgar información a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes, voluntarios y otros miembros del personal del Centro de Salud para fines de revisión, capacitación y aprendizaje. Además, podemos combinar la información sanitaria que tenemos con la de otros centros de salud para comparar nuestro desempeño y determinar dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifica de estos conjuntos de datos, de modo que otros puedan utilizarlos para estudiar la atención y la prestación de servicios medicos sin conocer la identidad de los pacientes.

Participamos en una Organización de Atención Responsable (ACO). Una ACO es un grupo de médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que aceptan Medicare Original (Partes A y B) y trabajan en conjunto para coordinar la atención médica integral de los pacientes. Medicare compartirá cierta información sobre la salud personal de los pacientes de Medicare con el Centro de Salud. Si no desea que Medicare comparta su información médica con sus profesionales de atención médica, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y decirle al representante que no desea que su información personal de salud sea compartida entre los profesionales que intentan atender sus necesidades de atención médica.

HOJA DE REGISTRO. Podemos usar y divulgar su información de salud cuando usted se registre al llegar al Centro de Salud, por ejemplo, al firmar la hoja de ingreso. También podemos llamar su nombre cuando sea su turno para ser atendido.

RECORDATORIOS DE CITA Y DE LLAMADA AL PACIENTE. Podemos usar y divulgar su información de salud para comunicarnos con usted y recordarle sus citas o la atención médica que debe recibir.

ASOCIADOS COMERCIALES. Algunas de nuestras funciones se llevan a cabo mediante servicios contratados que son proporcionados por nuestros Asociados Comerciales. Un Asociado Comercial puede ser cualquier persona o entidad que reciba su información de salud de nuestra parte en el curso de la prestación de servicios para el Centro de Salud. Estos servicios pueden incluir, entre otros, servicios legales, actuariales, contables, de consultoría, agregación de datos, gestión, administración, acreditación o servicios financieros. Cuando estos servicios son contratados, podemos divulgar su información de salud a nuestros Asociados Comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado. Sin embargo, para proteger su información de salud, exigimos que el Asociado Comercial salvaguarde adecuadamente su información.

ALIVIO EN CASO DE DESASTRES. En una emergencia, podemos divulgar información sobre usted a una entidad que esté brindando asistencia en casos de desastre, con el fin de que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

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

FAMILIARES, AMIGOS U OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN TU CUIDADO O EN EL PAGO DE SU ATENCION.

Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, a su representante personal o a otra persona involucrada en, o responsable de, su atención médica acerca de su ubicación en el Centro de Salud, su condición general o, en caso de su fallecimiento, información pertinente. También podemos divulgar información a alguien que ayude a coordinar o gestionar el pago de su atención. Si usted está en condiciones de aceptar u oponerse, se le dará la oportunidad de hacerlo antes de realizar estas divulgaciones; sin embargo, en caso de un desastre, podemos divulgar esta información aun en contra de su objeción si consideramos que es necesario para responder a la situación de desastre o emergencia. Si usted no está en condiciones o no se encuentra disponible para aceptar u oponerse, utilizaremos nuestro mejor juicio al comunicarnos con su familia, representante personal u otras personas involucradas.

INVESTIGACIÓN. En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar su información de salud con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con la de aquellos que recibieron otro para la misma afección. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto propuesto y su uso de la información de salud, buscando equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de los pacientes de mantener la privacidad de su información de salud. Antes de usar o divulgar información de salud para investigación, el proyecto deberá ser aprobado mediante este proceso. No obstante, también podemos divulgar información de salud a personas que estén preparando un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlas a identificar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información revisada no salga del Centro de Salud.

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

PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD. Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona.

CAMBIO DE PROPIETARIO. En caso de que el Centro de Salud sea vendido o se fusione con otra organización, su información de salud o expediente médico pasará a ser propiedad del nuevo dueño. Sin embargo, usted conservará el derecho de solicitar que se transfieran copias de su información de salud a otro Centro de Salud, grupo médico, médico u otro profesional de atención médica.

SITUACIONES ESPECIALES

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

PERSONAS BAJO CUSTODIA. Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, podemos divulgar su información de salud a la institución o al funcionario correspondiente si la divulgación es necesaria para que la institución le proporcione atención médica, para proteger su salud y seguridad o la de otros, o para mantener la seguridad del centro correccional.

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

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

INFORMES DE SALUD PÚBLICA. Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública. Solo realizaremos esta divulgación si usted lo autoriza o cuando la ley lo exija o permita. Estas actividades generalmente incluyen prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y defunciones; reportar abuso o negligencia de menores, adultos mayores o adultos dependientes; notificar retiros de productos; y notificar a personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad o que puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

VÍCTIMAS DE ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMÉSTICA. Podemos divulgar su información de salud para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo realizaremos esta divulgación cuando la ley lo exija o permita.

DEMANDAS Y DISPUTAS LEGALES. Si usted está involucrado en una demanda o disputa legal, podemos divulgar su información de salud en la medida en que lo autorice expresamente una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información en respuesta a una citación, orden judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, pero únicamente si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle y usted no ha presentado objeción, o si se ha obtenido una orden que proteja la información solicitada.

En procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra un individuo, no utilizaremos ni compartiremos información sobre su tratamiento por abuso de sustancias a menos que una orden judicial lo requiera o usted otorgue permiso por escrito.

APLICAION DE LA LEY. Podemos divulgar su información de salud a funcionarios del orden público en circunstancias como responder a una orden judicial, citación, orden de arresto o proceso similar; identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; proporcionar información sobre una víctima de un delito cuando no sea posible obtener su consentimiento; reportar una muerte que pueda ser resultado de actividad delictiva; reportar conducta delictiva en el Centro de Salud; o en situaciones de emergencia para reportar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad o descripción de la persona que lo cometió.

Sin embargo, en muchas situaciones está prohibido compartir información relacionada con la atención de salud reproductiva cuando dicha atención es legal. Por ejemplo, la ley prohíbe usar o divulgar información de salud reproductiva para responder a solicitudes de investigación, órdenes judiciales o citaciones que busquen información o intenten imponer responsabilidad por buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención reproductiva legal; o para identificar a cualquier persona sujeta a investigaciones o acciones legales por buscar, obtener, proporcionar o facilitar dicha atención. Esto incluye

actividades como usar servicios de salud reproductiva; realizar, proporcionar o pagar por dichos servicios; ofrecer información; coordinar, asegurar, administrar, aprobar o brindar cobertura; o intentar cualquiera de estas acciones.

MEDICOS FORENSES, EXAMINADORES MEDICOS Y DIRECTORES FUNERARIOS. Podemos divulgar su información de salud a un médico forense, examinador médico o director funerario según sea necesario para que puedan desempeñar sus funciones.

MILITARES Y VETERANOS. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud según lo requieran las autoridades militares. También podemos divulgar información de salud sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

ACTIVIDADES DE SEGURIDAD NACIONAL E INTELIGENCIA. Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

COMPENSACIÓN LABORAL. Podemos divulgar su información de salud para programas de compensación laboral o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

AUTORIZACIONES DE SEGURIDAD. Podemos usar su información médica para tomar decisiones sobre su idoneidad médica para una autorización de seguridad o para servicio en el extranjero. También podemos divulgar la determinación de su idoneidad médica a los funcionarios del Departamento de Estado que necesiten acceder a esa información para estos fines.

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES DE PERSONAL. Podemos divulgar información de salud a una agencia gubernamental estatal o local, o a un equipo multidisciplinario de personal, cuando sea relevante para la prevención, identificación, manejo o tratamiento del abuso infantil y de los padres del menor, o del abuso y negligencia de adultos mayores.

CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN DE SALUD. En algunas circunstancias, su información de salud puede estar sujeta a restricciones adicionales que pueden limitar o impedir ciertos usos o divulgaciones descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Existen restricciones especiales para categorías como: (a) información sobre tratamiento del SIDA y resultados de pruebas de VIH; (b) tratamiento de condiciones de salud mental y notas de psicoterapia; (c) información sobre tratamiento por alcoholismo, abuso de drogas o dependencia química; (d) información genética; (e) información relacionada con atención de salud reproductiva, están todas sujetas a restricciones especiales. Además, los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medicare o Medicaid, pueden limitar la divulgación de información del paciente para fines no relacionados con el programa.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA QUE REQUIEREN ATESTACIÓN

Cuando recopilamos, recibimos o mantenemos información de salud potencialmente relacionada con su atención reproductiva, en algunos casos debemos obtener una atestación de los destinatarios de la información indicando que no usarán ni compartirán esa información para fines prohibidos por la ley. Las siguientes situaciones requieren atestación:

- Actividades de supervisión en salud
  Podemos compartir su información de salud reproductiva para auditorías o inspecciones de agencias de supervisión, investigaciones civiles o penales, procedimientos o acciones de licenciamiento.
- Procedimientos judiciales y administrativos
  Podemos compartir su información de salud reproductiva en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación o solicitud de descubrimiento.
- Fines de aplicación de la ley
  Podemos compartir su información de salud reproductiva para fines de aplicación de la ley, incluyendo en respuesta a una orden judicial o a la solicitud de un funcionario del orden público sobre una víctima de un delito.
- Medicos Forenses o Examinadores Medicos
  Podemos compartir su información de salud reproductiva con un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras funciones autorizadas por la ley.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Tienes los siguientes derechos respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

INSPECCIONAR Y OBTENER COPIA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD. Puede solicitar revisar y obtener una copia de la información de salud que el Centro de Salud mantiene sobre usted. Podemos cobrar una tarifa por las copias solicitadas. Esta solicitud debe hacerse por escrito al Contacto de Privacidad del Centro de Salud. Podemos negar su solicitud en circunstancias específicas. Si se le niega el acceso, puede solicitar una revisión de la denegación. Otro profesional de la salud autorizado, distinto de quien negó la solicitud, revisará el caso y el Centro cumplirá con el resultado de esa revisión.

SOLICITA RESTRICCIONES. Puede pedir que el Centro de Salud no use o divulgue su información de salud. Su solicitud debe describir los límites específicos que solicita. El Centro puede negar su solicitud. Esta solicitud debe hacerse por escrito al Contacto de Privacidad del Centro de Salud.

NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR TU SOLICITUD. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Le notificaremos si no aceptamos la restricción solicitada. Para solicitar restricciones, debe enviar una solicitud por escrito al Centro de Salud a la dirección indicada anteriormente. En su solicitud, debe indicar:

(a) qué información desea limitar; (b) si desea limitar su uso, su divulgación o ambos; y (c) a quién deben aplicarse los límites; por ejemplo, no divulgar información a su cónyuge.

DERECHO A RESTRINGIR DIVULGACIONES PARA SERVICIOS PAGADOS POR USTED PAGUE EN SU TOTALIDAD. Usted tiene derecho a restringir la divulgación de su información de salud a un plan de salud si la información se relaciona con servicios de atención médica que usted pagó completamente y directamente al Centro de Salud, y si la divulgación no es requerida por la ley.

DERECHO A ENMENDAR. Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la enmendemos. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para el Centro de Salud. Su solicitud de enmienda debe hacerse por escrito y enviarse al Centro de Salud a la dirección indicada anteriormente. Debe incluir una razón que respalde su solicitud. Además, podemos negar su solicitud si pide enmendar información que:

1. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la enmienda.

2. No forma parte de la información de salud mantenida por o para el Centro de Salud.

3. No es información que usted tenga derecho a inspeccionar y copiar.

4. Es precisa y completa.

La ley nos permite negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o si no incluye una razón que la respalde.

Incluso si el Centro de Salud niega su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar un addendum escrito, de no más de 250 palabras, respecto a cualquier elemento o declaración en su expediente que considere incompleto o incorrecto. Si indica claramente por escrito que desea que el addendum forme parte de su expediente médico, lo adjuntaremos a sus registros y lo incluiremos cada vez que divulguemos el elemento o declaración que usted considera incompleto o incorrecto.

SOLICITE UNA LISTA DE LAS DIVULGACIONES QUE HEMOS HECHO SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD. Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que el Centro de Salud ha realizado. Esta lista no incluirá divulgaciones rutinarias de su información de salud para fines de tratamiento, pago u operaciones administrativas descritas anteriormente. Para solicitar esta lista o un informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Centro de Salud a la dirección indicada arriba. Su solicitud debe especificar un período de tiempo que no exceda seis (6) años. También debe indicar en qué formato desea recibir la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle el costo de preparación. Le notificaremos el costo y usted podrá retirar o modificar su solicitud antes de que se generen cargos.

SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE NUESTRA PARTE. No divulgaremos su información de salud excepto según lo descrito en este Aviso. Sin embargo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted por otros medios, en una dirección diferente, o que limitemos el número o tipo de personas que pueden acceder a su información de salud. Por favor, haga esta solicitud por escrito al Contacto de Privacidad del Centro de Salud.

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

DERECHO A RECIBIR NOTIFICACIÓN DE UNA VIOLACION. Usted tiene derecho a ser notificado si nosotros, o uno de nuestros Asociados de Negocios, llegamos a tener conocimiento de una divulgación indebida de su información de salud.

SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA

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

CAMBIOS A ESTE AVISO

CAMBIOS A ESTE AVISO. Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso en cualquier momento. Publicaremos una copia del aviso vigente en el Centro de Salud, con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Usted puede solicitar una copia del aviso vigente cada vez que visite el Centro de Salud para recibir servicios, o puede llamar al Centro de Salud y solicitar que se le envíe por correo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PRIVACIDAD

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea presentar una solicitud, por favor contacte con el Contacto de Privacidad del Centro de Salud en:

Oficial de Cumplimiento

Dirección: P.O. Drawer 1820 Alice, TX 78333

Teléfono: 361-664-0145 ext. 2002

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Cualquier otro uso o divulgación de su información de salud que no esté contemplado en este Aviso o en las leyes aplicables solo se realizará con su autorización por escrito. Si usted nos otorga permiso para usar o divulgar su información de salud, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, dejaremos de realizar los usos y divulgaciones permitidos por dicha autorización, excepto en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en ella. Por ejemplo, no podemos revertir divulgaciones que ya se hayan realizado con su permiso.

PARTICIPACIÓN EN UN INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIE)

Como parte de nuestras operaciones de atención médica, participamos en un Intercambio Electrónico de Información de Salud (HIE), que es un acuerdo local o regional entre organizaciones y profesionales de la salud que han aceptado colaborar para facilitar el acceso a información de salud relevante para su atención. Por ejemplo, si usted es admitido en una instalación en una situación de emergencia y no puede proporcionar información importante sobre su condición de salud, el HIE permite que los profesionales participantes accedan rápidamente a la información pertinente compartida por sus distintos proveedores, lo que facilita que reciban el tratamiento adecuado con mayor rapidez. Cuando es necesario, el acceso inmediato a su información de salud significa una mejor atención para usted. Conservamos información de atención médica (incluida PHI) sobre nuestros pacientes en un expediente médico electrónico compartido con otros profesionales de la salud que también participan en el HIE.

Tenemos la intención de que su PHI sea utilizada de manera responsable tanto por nuestra organización como por las organizaciones con las que estamos afiliados, de modo que los datos se mantengan cifrados y almacenados dentro de una red segura, y que cualquier transmisión de su PHI se realice a través de una red privada y segura, con salvaguardas administrativas, físicas y técnicas de acuerdo con este Aviso y con la ley.

Si usted decide no participar en el HIE electrónico, puede optar por excluirse ("opt-out") del HIE presentando el Formulario de Solicitud de Exclusión del HIE. El personal de cualquiera de nuestras oficinas médicas le proporcionará el formulario a solicitud suya.

"OPTAR POR NO PARTICIPAR" U "OPTAR POR VOLVER A PARTICIPAR" EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIE)

Si usted opta por no participar en el HIE, su información de salud continuará utilizándose de acuerdo con este Aviso y con la ley, pero NO estará disponible a través del HIE, ni siquiera en emergencias médicas. Su decisión de "optar por no participar" o de "volver a participar" deberá hacerse mediante una solicitud por escrito. El formulario necesario para hacerlo será proporcionado por el personal de cualquiera de nuestras oficinas médicas a solicitud suya.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD – ANEXO DE PSIQUIATRIA

ESTE AVISO ADICIONAL DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA O DE SALUD MENTAL, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ESTE AVISO ADICIONAL FORMA PARTE DEL "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD" QUE SE APLICA A SU OTRA INFORMACIÓN DE SALUD. POR FAVOR, REVISE DETENIDAMENTE ESTE ANEXO Y EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con el Gerente de Privacidad del Centro de Salud al: (361) 245-5154; o con el Director de Operaciones del Centro de Salud en: (361) 664-0145

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION PSIQUIÁTRICA O DE SALUD MENTAL

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

Divulgación a su solicitud. Podemos divulgar información de salud cuando usted lo solicite. Esta divulgación a petición suya puede requerir que usted proporcione una Autorización por escrito.

Para tratamiento. Podemos usar su información psiquiátrica o de salud mental para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información psiquiátrica a profesionales de la salud fuera de esta instalación únicamente si son responsables de su salud física o mental.

Para pago. Podemos usar o divulgar su información psiquiátrica o de salud mental para justificar o cobrar un reclamo por tratamiento de salud mental o atención médica que usted reciba en el Centro de Salud.

Para operaciones de atencion medica. Podemos usar y divulgar información psiquiátrica o de salud mental sobre usted para nuestras actividades de operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para que el Centro de Salud funcione de manera eficiente y para asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL INCLUYEN:

Según lo exige la ley. Divulgaremos informaciónde salud sobre usted cuando asi lo exijan las leyes o regulaciones federales, estatales o locales.

Para procedimientos y disputas legales. Si usted está involucrado en un procedimiento legal judicial o administrativo (una demanda o disputa), podemos divulgar información psiquiátrica o de salud mental sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o cuando dicha divulgación sea requerida o permitida por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información psiquiátrica o de salud mental a tribunales, abogados y personal judicial en procedimientos de tutela u otros procedimientos judiciales o administrativos. También podemos divulgar información de salud mental en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de alguien involucrado en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para notificarle (lo cual puede incluir una notificación por escrito) o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Para investigación. Podemos divulgar su información psiquiátrica o de salud mental a investigadores que la soliciten para proyectos de investigación médica aprobados; sin embargo, dichas divulgaciones deben pasar por un proceso especial de aprobación antes de que cualquier información sea entregada. Los investigadores estarán obligados a proteger la información que reciban.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Por ejemplo, podemos notificar a personal de respuesta de emergencia sobre una posible exposición al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Cualquier divulgación se realizará únicamente en la medida permitida o requerida por las leyes y regulaciones aplicables.

A las fuerzas del orden. Podemos divulgar su información psiquiátrica o de salud mental a personal de las fuerzas del orden en circunstancias limitadas y específicas. Por ejemplo, podemos divulgar información psiquiátrica si su clínico determina que existe una probabilidad de daño físico inminente por parte del paciente (a sí mismo o a otra persona). También podemos divulgar información si un paciente ha cometido un delito en el Centro de Salud.

A las agencias gubernamentales. Podemos divulgar tu información psiquiátrica o de salud mental para notificar a la agencia gubernamental correspondiente cuando la ley lo requiera o esté autorizado (por ejemplo, si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso o negligencia).

A las agencias de supervisión de atencion medica. Podemos divulgar su información psiquiátrica o de salud mental a agencias de supervisión de atención médica para asegurar que cumplimos con los estándares de atención y con las leyes y regulaciones aplicables. Solo realizaremos esta divulgación cuando la ley lo requiera o autorice.

Categorías especiales de información de salud. En algunas circunstancias, su información de salud puede estar sujeta a restricciones adicionales que pueden limitar o impedir ciertos usos o divulgaciones descritos en este Aviso de Privacidad. Existen restricciones especiales para categorías como: (1) Información sobre tratamiento del SIDA y resultados de pruebas de VIH; (2) Tratamiento de condiciones de salud mental y notas de psicoterapia (ver sección siguiente); (3) Información sobre tratamiento por alcoholismo, abuso de drogas o dependencia química; (4) Información genética. Además, los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medicare o Medicaid, pueden limitar la divulgación de información del paciente para fines no relacionados con el programa.

Notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia son notas registradas (en cualquier medio) por un profesional de salud mental que documentan o analizan el contenido de una sesión privada de consejería, o de una sesión conjunta, familiar o grupal, y que se mantienen separadas del resto del expediente médico del paciente. Las notas de psicoterapia no incluyen: (a) prescripción y monitoreo de medicamentos; (b) hora de inicio y fin de las sesiones; (c) modalidades y frecuencia del tratamiento proporcionado; (d) resultados de pruebas clínicas; (e) resúmenes de diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso. Podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para:

1. Uso por el autor original de las notas.
2. Programas supervisados de formación en salud mental para estudiantes, aprendices o profesionales.
3. Defensa del Centro de Salud en una acción legal o procedimiento iniciado por el paciente.
4. Prevenir o reducir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
5. Supervisión de salud del autor de las notas de psicoterapia.

6. Uso o divulgación a un médico forense o examinador médico para reportar la muerte de un paciente y proporcionar información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de su condición física.
7. Uso o divulgación necesaria para prevenir o reducir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
8. Uso o divulgación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) durante una investigación.
9. Cuando lo requiera la ley.

En general, no informaremos a nadie fuera del Centro de Salud que usted está recibiendo tratamiento psiquiátrico o de salud mental. Cualquier otro uso o divulgación de su información psiquiátrica o de salud mental que no esté cubierto por este Aviso de Prácticas de Privacidad, el Anexo Psiquiátrico o las leyes aplicables, solo se realizará 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 de salud. Sus derechos respecto a su información de salud, descritos en el Aviso general, también se aplican a su información psiquiátrica o de salud mental.

FECHA REVISADA - Este Aviso fue revisado el 30 de enero de 2026