

Proceso de Aplicación de las Clínicas Good News

Las Clínicas Good News proveen tratamiento médico y dental gratis a los residentes del condado de Hall que no tienen seguro ni acceso a cuidados de salud. Por favor lea los siguientes requisitos para asegurar que tenga todos los documentos necesarios para procesar su aplicación.

PARA APLICAR SE NECESITA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. Una identificación con foto.
2. Comprobante de residencia del condado de Hall. Puede ser una factura reciente de luz, agua, cable, teléfono, hospital, un contrato de renta, etc., a su nombre.
3. Prueba de ingreso de todos que trabajen en su hogar.
 - a. Los últimos cuatro talones de cheque más reciente.
 - b. Beneficios de desempleo del departamento de Labor de Georgia.
 - c. Declaración de su historia de trabajo del departamento de Labor de Georgia.
 - d. Ingreso de Seguro Social (SSI), Pensiones, Beneficios de compensación del Trabajador (Workman's Comp).
 - e. Manutención del Menor (child support).
 - f. Ingreso suplemental de renta.
 - g. Ingresos de Empleo Propio y copia del income tax reciente.
 - h. Si está casado, también se necesita el ingreso de su pareja.

****NOTE: Si recibes ayuda de otra persona, necesita proveer la siguiente información de esta persona:**

- a. Carta notariada indicando los arreglos de vivienda y la ayuda financiera que recibes (la recepcionista le puede proveer esta forma).
 - b. Comprobante de domicilio al nombre de ellos.
4. Si recibes estampillas, se necesita la carta de DFCS indicando la cantidad que recibes.
 5. ID o registro escolar de sus niños menores o acta de nacimiento si no están en la escuela.
 6. Copia de su Income Tax reciente es requerido para los Programas de Asistencia de medicamentos (PAP).

El horario de la clínica Good News es Lunes – Viernes de 9:00 AM – 5:00 PM y provee los siguientes servicios:

- **Clinica Medica** – provee tratamiento médico para nuestros pacientes, incluyendo medicamentos recetados por nuestros médicos/proveedores de cuidados de salud.
- **Clinica Dental** – provee programa de prevención, extracciones, rellenos (empastes) y limpiezas para nuestros pacientes.
- **Health Access** – servicios especializados de referencia para pacientes de las Clínicas Good News.
- Pacientes serán vistos por **cita** solamente!

Horario para aplicaciones:

Aplicación Medica/Dental: Lunes a Jueves a las 8:30am en el lado dental

***Si le faltan algunos de los documentos indicados, no podremos procesar su aplicación!!!**

Clinica Good News – Registro de Pacientes y Renovaciones

Informacion Personal

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____ Numero Seguro Social: _____

Estado Civil: _____ Sexo: Masculino Femenino Hablas Ingles: Si No

Telefono del Hogar: _____ Numero Celular: _____

Correo Electronico: _____

Domicilio: _____

Contacto de Emergencia _____ Relacion _____ Telefono _____

Nombre de Empleador/Patron: _____ Ingreso Mensual \$ _____

Tipo de Ingreso: Ingresos Ganados Jornalero SSI Retiro SSI Discapacidad Desempleo Suporte de Ninos

Compensacion de Trabajadores Ingresos de Renta Otro _____ Ingresos Total: \$ _____

Aseguranza (Marque Uno): Salud Vision Dental Medicare Medicaid Ninguno

Informacion de los miembros de familia (Eposa, Esposo o Pareja y dependientes menores de 18 anos or 18-21 si estan registrado en el colegio)

Nombre _____ Relacion _____ Fecha Nacimiento _____ Ingreso \$ _____

Nombre _____ Relacion _____ Fecha Nacimiento _____ Ingreso \$ _____

Nombre _____ Relacion _____ Fecha Nacimiento _____ Ingreso \$ _____

Nombre _____ Relacion _____ Fecha Nacimiento _____ Ingreso \$ _____

Nombre _____ Relacion _____ Fecha Nacimiento _____ Ingreso \$ _____

Nombre _____ Relacion _____ Fecha Nacimiento _____ Ingreso \$ _____

TAMAÑO DEL HOGAR: _____

INGRESOS TOTAL \$ _____

Gastos del Paciente:

Renta \$ _____ Luz \$ _____ Gas \$ _____ Agua \$ _____ Telefono \$ _____ Cable \$ _____

Pago de Auto \$ _____ Seguro de Auto \$ _____ Comida \$ _____ Other \$ _____

Recibes estampillas? SI NO Cantidad \$ _____

GASTOS TOTAL: \$ _____

Ultimo medico que vio?/Lugar? _____ Cuando? _____

Has estado en la sala de emergencia o hospital en las ultimas 4 semanas? SI NO

Razon: _____

PHQ-9 Patient Questionnaire

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono: _____ - _____ - _____

Sexo: Hombre / Mujer

Idioma: Español / Inglés

Para la clinica: Patient Chart Number _____

Durante ***las últimas 2 semanas***, con qué frecuencia le han molestado los siguientes síntomas?

| Preguntas | Nunca | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|---------------------------|--------------|-----------------------------|------------------------|
| 1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Con problemas en dormirse o en mantenerse Dormido/a, o en dormir demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sentirse cansado/a o tener poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Poco apetito o comer en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Sentir falta de amor propio- o que sea un fracas o que decepcionara a si mismo/a o a su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar TV | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta- o de lo contrario esta tan agitado/a que se mueve mucho más de acostumbrado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Se le han ocurrido pensamientos de que seri mejor estar muerto/a o de que se haría daño de alguna maera | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Si marcó 1, 2 o 3 para cualquiera de las preguntas anteriores, ¿qué tan difíciles se han hecho estos problemas para que usted haga su trabajo, se haga cargo de las cosas en casa o se lleve bien con otras personas? Marque con un círculo una de las siguientes opciones que mejor describa su nivel de dificultad en las últimas dos semanas. | No es difícil en absoluto | Algo difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil |

¡Good News Clinics ahora ofrece consejería! Consejería es donde puedes entrar y hablar con un profesional capacitado sobre las cosas que han sucedido en tu vida. Un consejero puede proporcionar asistencia para ayudarte a sobrellevar o resolver problemas personales, sociales o psicológicos.

¿Te gustaría recibir consejería? Por favor circule: **Sí / No**

GOOD NEWS CLINICS (GNC) CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIONES ANUALES

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para tratamiento:

- Por este medio se autoriza cualquier procedimiento médico o quirúrgico, radiografía, prueba de drogas o de análisis clínicos, medicamento o examen que el médico (physician assistant), la enfermera practicante (nurse practitioner) o la enfermera partera pudiera considerar necesario.
- Entiendo que tengo el derecho a ver a un médico si así lo decido, y que tengo el derecho a ver a un médico antes de que un profesional con formación superior implemente la orden para un dispositivo o medicamento prescrito.
- En el caso de un menor de edad no emancipado, el consentimiento a continuación se da en su nombre.

Consentimiento para divulgar información médica a un cónyuge, miembro de la familia o pareja:

Díganos con quién Podemos dialogar sobre su información médica protegida:

(Nombre y relación o parentesco – por ejemplo: Juana Pérez, esposa; Ana Pérez, hija)

1) _____ 2) _____ 3) _____

- Si usted no autoriza que se divulgue información a nadie, haga favor de marcar esta declaración.

No autorizo la divulgación de ninguna información a nadie que no sea yo.

Mensajes Autorizados:

- Por este medio, autorizo que se dejen mensajes en un Sistema de buzón de voz o contestadora.

Por Favor Marque Uno:

- Por este medio, autorizo que la información médica protegida, como resultados de laboratorio e información sobre medicamentos, se deje en un sistema de correo de voz o contestador automático.
- Por este medio, NO autorizo que la información médica protegida, como los resultados de laboratorio y la información sobre medicamentos, se deje en un sistema de correo de voz o contestador automático.

Por favor, indique el (los) numero(s) al (os) que el personal de GNC puede llamar para dejarle un mensaje:

1) _____ 2) _____ 3) _____

- Para la divulgación de información de expedientes médicos, consulte el formulario de divulgación de información médica.

Responsabilidad financiera

Entiendo que cada paciente es responsable de que se haga el pago de los servicios médicos recibidos en relación a GNC. Reconozco mi responsabilidad de pagar todos los servicios no cubiertos. Asimismo, autorizo la divulgación de toda información necesaria para procesar una reclamación fuera de GNC. Los cargos para todos los menores de edad son la responsabilidad de los padres, los tutores o la persona que presente al niño para tratamiento.

Por este medio autorizo a GNC o a cualquiera de sus afiliados, agentes, contratistas o socios comerciales, para que me contacten (por medio de cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro punto de contacto que yo o alguien más haya proporcionado en mi nombre) por medio de un Sistema de Llamadas automáticas, por formas pregrabadas de sistemas de voz o de mensajes, por correo electrónico que sea propiedad de, o usado por, el garante o parte responsable, por mensajes de texto, por teléfono o por teléfono celular, por motivos relacionados con los servicios que recibí en GNC.

_____ Al escribir mis iniciales, reconozco que recibí una copia del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria.

Reconocimiento sobre los Derechos de Privacidad:

Al firmar a continuación, reconozco que estoy enterado del Aviso de GNC sobre las prácticas de protección de la Privacidad y los derechos individuales. Es posible que usemos o compartamos su información médica con el personal involucrado en su cuidado en la GNC, también es probable que divulguemos su información a entidades fuera de la clínica, para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención medica relacionadas con servicios con la clínica GNC.

Reconozco que he leído la información anterior, que estoy dando mi consentimiento a lo indicado arriba y, además, reconozco que se me ha informado de mis derechos a la privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Clinica Good News – Declaracion de Privacidad, Reconocimiento de Reglas y Procedimientos

Autorizacion para obtener su reporte de credito – La Clinica Good News ofrece servicios medico y dental a los residentes del Condado de Hall *con ingresos dentro de los requisitos exigidos por el gobierno federal*. Debemos comprobar la informacion que usted ha dado en su aplicacion con agencias fuera de la clinica. Al firmar esta hoja, autorizo que procedan a revisar el reporte de credito con el Sistema de Salud de Northeast Georgia y, ademas, comprendo que la clinica Good News no puede aprobar mi aplicacion sin obtener esta autorizacion. Iniciales del Paciente _____

Confirmo recibo de la Declaracion de Privacidad – Al firmar este documento reconozco que he recibido una copia de este informe de parte de la Clinica Good News. Iniciales del Paciente _____

Procedimientos en caso de faltar a una cita, Reglas y Procedimientos – Al firmar este documento reconozco que he recibido copia de las reglas y procedimientos de la clinica. Si no puede cumplir con una cita, recuerde llamar a cancelarla por lo menos 24 horas de anterioridad. Si el paciente llega a la cita 15 minutos o mas tarde, se considerara que ha faltado a la cita y debera pedir otra cita. Por favor refierase a las siguientes reglas. Iniciales del Paciente _____

Primer Cita (pacientes nuevos) – Si pierde su primera cita médica, debe llamar a la clínica para confirmar el motivo de su cita perdida. Si tienes razón válida, solo se le puede hacer cita una vez más. Si pierde la segunda cita, ya no será elegible para recibir servicios médicos.

Segunda Cita – Recibira una llamada o una carta por correo informandole las consecuencias de faltar a otra cita.

Tercera Cita – Alguien le informara que ya no puede volver a recibir consultas en la clinica y recibira una carta informandole que la clinica Good News no le ofrecera cuidados medicos apartir de esa fecha. Solo le ofreceran medicamentos por 30 días mientras usted encuentra quen le ofrezca cuidados medico y dental.

Nombre del Paciente o Representante Legal en letra de imprenta

Fecha de Nacimiento del Paciente

Descripcion de la Autoridad del Representante Legal

Firma del Paciente o Representante Legal

Today's Date

Good News Clinics
Authorization For Release of Health Information

I hereby authorize _____, and its entities, its officers or agents to permit inspection, copying, and/or release of information in connection with the following:

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

Address: _____ **Telephone #:** _____

I further understand and acknowledge that in complying with my request for release, such disclosure will require Good News Clinics to disclose, as provided under applicable federal law, Protected Health Information, as defined in 45 C.F.R. § 160 et seq.

Information to be disclosed (CHECKING ALL APPLICABLE):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Complete Health Record | <input type="checkbox"/> Radiology Reports |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Abstract/Pertinent Information |
| <input type="checkbox"/> History and Physical Exam | <input type="checkbox"/> Emergency Department Record |
| <input type="checkbox"/> Consultation Reports | <input type="checkbox"/> Laboratory Tests |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) _____ |

I UNDERSTAND THIS MAY NOT INCLUDE INFORMATION RELATING TO THE FOLLOWING UNLESS EXPRESSLY AUTHORIZED BY CHECKING THE BOX(ES) BELOW:

- Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) or infection with Human Immunodeficiency Virus (HIV)
- Psychiatric Care (Behavioral Health)¹
- Treatment for Alcohol and/or Drug Abuse²
- Genetic Testing
- Sexually Transmitted Diseases (STDs)

This information is to be disclosed to: Good News Clinics, 810 Pine Street
Gainesville, GA 30501 770-503-1369 (Ph) 770-503-9818 (Fax)

The purpose of the disclosure is _____

I understand this authorization may be revoked in writing at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. A photocopy or FAX of this document is valid as the original. The expiration date of this release form is (one year from date of signing): DATE: _____

Signature of Patient or Legal Representative: _____ DATE: _____

If Legal representative, what is the authority or relationship of the person? _____

Witness: _____ DATE: _____

The patient information requested above may not be further disclosed to any party under any circumstances except with patient's express written consent or as otherwise permitted by law. The information may not be used except for the need specified above.

¹ Except psychotherapy notes as provided under federal and state laws.

² PROHIBITION OF REDISCLOSURE: This information has been disclosed from records whose confidentiality is protected by federal and state law. Federal Regulations (42 CFR Part 2) prohibit the receiver of these records from making any further disclosure of this information except with the specific written consent of the person who it pertains. A general authorization for the release of medical or other information if held by another party is not sufficient for this purpose.

RESPONSIBILIDADES DE PACIENTES DE LA CLINICA GOOD NEWS

1. Entiendo que la clinica Good News es una clinica gratis sostenida por donaciones privadas en la comunidad por lo cual yo puedo recibir servicios medicos gratis. Tambien entiendo que tengo la oportunidad de asistir la clinica con mis donaciones personales cuando tenga cita (hay cajas para donaciones en las ventanillas de las clinicas, farmacia y cuartos de examen).
2. La Clinica Good News es para residentes del CONDADO DE HALL que no tienen aseguranza, y no tienen los recursos para obtener cuidado medico. Confirmando que ninguna de la informacion sobre mi residencia o finanzas ha sido falsificado en la aplicacion.
3. Entiendo que si obtengo aseguranza, es mi responsabilidad avisar la Clinica Good News y buscar cuidado medico con un medico privado. Es mi responsabilidad reportar cualquier cambio en mi estado financiero para determinar mi elegibilidad en la clinica.
4. Entiendo que mis citas son muy importantes y debo de hacer el maximo esfuerzo para venir a mis citas. Por favor notificarlos 24 horas anteriormente para cancelacion de cualquier cita; de lo contrario se contara como una cita perdida. Si falta a su PRIMER CITA debe llamar la clinica para confirmar el motivo de su cita perdida. Si tienes razón válida, solo se le puede hacer cita una vez más. Si pierde la segunda cita, ya no será elegible para recibir servicios médicos. Si falta TRES citas sin avisar la clinica, sera despedido de la clinica Good News y no podra aplicar de nuevo.
5. Entiendo que los medicos y las enfermeras toman la responsabilidad de mi cuidado medico seriamente y hacen todo lo posible para asegurar que reciba el tratamiento necesario. Entiendo que, por razon del horario limitado de los medicos, hay veces que tendre que esperar un tiempo para mi proxima cita.
6. Entiendo que es mi responsabilidad cooperar en mi tratamiento medico para lograr mejorar mi salud. Esto puede incluir cesar de fumar, bajar de peso, ejercicio, tomar mis medicamentos como indique el medico, mantener mis citas y cualquier otras instrucciones que el medico me de. Si no hago ningun esfuerzo en mi cuidado medico, puedo ser despedido de la clinica.
7. Entiendo que la mayoría de las personas que trabajan en la clinica son voluntarios y no reciben ningun sueldo. Ellos estan aqui porque comparten la vision de la clinica Good News y desean ayudarme. Entiendo que se espera que trate a todo personal con respeto y dignidad. Discortesia a cualquier empleado o voluntario sera motivo de despido de la clinica Good News.
8. Entiendo que de vez en cuando, debido a emergencias de los medicos, no sere visto a la hora de mi cita o sere visto por un medico diferente. Si llego tarde a mi cita, es posible que no sere visto ese dia.
9. Entiendo que la clinica opera por un horario de cita. Si me presento a la clinica sin cita, no podre ser atendido si no hay una cancelacion.
10. Entiendo que si me hacen estudios de laboratorio, yo sere notificado de los resultados en mi proxima cita. Si los resultados son abnormal y requieren un cambio en terapia, sere notificado por una enfermera.
11. Entiendo que si soy referido al hospital para algunos estudios medicos, sere responsable de los cargos asociados con el examen. Tambien entiendo que puedo aplicar para asistencia medica en el hospital.
12. Entiendo que, por razones de seguridad, niños sin citas no son permitidos en el cuarto de examen – por favor hagan arreglos para el cuidado de sus niños.
13. Entiendo que tengo que ver los medicos en esta clinica y si estoy viendo otro medico en otro lugar (sin ser referido por nuestra clinica) no califico para recibir cuidado medico en la Clinica Good News. Si se descubre que esta viendo otro medico fuera de la clinica Good News, sera despedido como paciente.

SERVICIOS DISPONIBLES

- MEDICO – especialidades limitados
- DENTAL – limitado a rellenos (empastes), extracciones, y limpiezas
- GINECÓLOGIA SOLAMENTE – no ofrecemos servicios de obstetricia o control de embarazo (referidos al Departamento de Salud).
- FARMACIA – por favor llame la farmacia para la recarga de sus medicamentos unos dias antes de que se le acabe. Sus medicamentos estaran listos el proximo dia despues de 1:00 pm.
- SERVICIOS DE CONSEJERIA

Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, e inspecciones, como sean necesarias para nuestro licenciamiento y para que el gobierno supervise el sistema de cuidados de salud, programas gubernamentales, y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Procesos Judiciales y administrativos: Si usted está involucrado en una demanda o disputa legal, podemos revelar PHI acerca de usted en respuesta a una orden de tribunal o espuesta a un citatorio judicial, petición descubierta, u otro proceso de ley por alguien más involucrado en la disputa; pero solamente si se han hecho esfuerzos para hacerla saber a usted acerca de la petición o para obtener una orden protegiendo la PHI solicitada.

En adición, estamos permitidos utilizar o revelar PHI para los siguientes propósitos:

Investigaciones: Podemos revelar PHI acerca de usted a investigadores cuando sus investigaciones hayan sido aprobadas por una Junta de revisión Institucional que haya revisado la propuesta para la investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información.

Forenses, médicos forenses, y directores funerarios: Podemos revelar PHI acerca de usted a un forense o médico forense. Puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona fallecida o para determinar la causa del fallecimiento. También podemos revelar PHI a directores funerarios en consistencia con las leyes aplicables para llevar a cabo sus labores.

Organizaciones de adquisición de órganos o tejidos: Consistente con la ley aplicable, podemos revelar PHI acerca de usted a organizaciones de adquisición de órganos u otras identidades involucradas en la adquisición, almacenamiento, o transplante de órganos para el propósito de donación y transplante de tejido.

Notificación: Podemos utilizar o revelar PHI acerca de usted para notificar o ayudar a notificar a un miembro de familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación, y su condición en general.

Recaudación de fondos: Podemos contactarle como parte de nuestro esfuerzo para recaudar fondos.

Notificación: Podemos utilizar o revelar PHI acerca de usted para notificar o ayudar a notificar a un miembro de familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación, y su condición en general.

Institución Correccional: Si usted es o llega a ser un preso de una correccional, podemos revelar PHI a la Institución Correccional o sus agentes cuando sea necesario para su salud o para la salud y seguridad de otros.

Para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad: Podemos utilizar o revelar PHI acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o para la salud o seguridad del público o de otra persona.

Militar y Veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar PHI acerca de usted como sea requerido por las autoridades de comando militar. Podemos también revelar PHI acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares apropiadas.

Actividades de seguridad nacional e Inteligencia: Podemos revelar PHI acerca de usted a oficiales federales autorizados, para inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el presidente y otros: Podemos revelar PHI acerca de usted a oficiales federales autorizados para que puedan proporcionar protección al presidente, a otras personas autorizadas o líderes de estado extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

Victimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica: Podemos revelar PHI acerca de usted a una autoridad gubernamental, como a un servicio social o servicios de protección, si creamos razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica. Nosotros solamente revelaremos este tipo de información al límite requerido por la ley. Si usted está de acuerdo con la divulgación, o si la divulgación es permitida por ley y creamos que sea necesaria para prevenir daños serios a usted o alguien más, o la policía u oficiales públicos creen que recibir el reporte representaría una necesidad y no será utilizada contra usted.

Otros usos y revelaciones de PHI

La agencia obtendrá su autorización por escrito antes de utilizar o revelar PHI acerca de usted para otros propósitos que aquellos provistos arriba o como sea permitido o requerido por la ley. Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de utilizar o revelar PHI acerca de usted, excepto al límite al que ya hemos tomado acción al amparo de la autorización.

Para más información o para reportar un problema.

Si usted tiene preguntas o le gustaría información adicional acerca de las prácticas privadas de la agencia, usted puede contactar Cheryl Christian, 810 Pine Street, Gainesville, Georgia 30503, (770) 297-5040. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con el oficial de privacidad en la dirección de arriba o con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por presentar una queja.

FECHA DE VIGENCIA

Esta notificación es vigente a partir del 1 de Julio del 2006

Good News Clinic

NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS PRIVADAS

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Good News Clinic es requerida por ley tomar las medidas razonables para proteger la privacidad de su información protegida de Salud (PHI por sus siglas en inglés) y la proporcione a usted notificación de nuestros deberes legales prácticas privadas con respecto a PHI. PHI es información que puede identificar a usted y que se relaciona a su salud física o mental pasada, presente o futura o su condición de salud servicios relacionados a sus cuidados de salud. PHI incluye registros de recetas mantenidas por la agencia. Esta Notificación de Privacidad ("Notificación") describe cómo nosotros podemos utilizar y revelar PHI para conducir tratamiento, operaciones de pago o cuidados de salud y para otros propósitos específicos que sean permitidos o requeridos por ley. La notificación también describe sus derechos con respecto a PHI acerca de usted.

La agencia es requerida a cumplir los términos de esta notificación. Nosotros no utilizaremos o revelaremos PHI acerca de usted sin su autorización por escrito excepto como se describe en esta notificación. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y esta notificación y de hacer efectiva la notificación nueva para toda PHI que mantenemos. Bajo petición, le proporcionaremos a usted cualquier notificación revisada.

Sus Derechos de Información de Salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a PHI acerca de usted:

Obtener una copia de papel de la notificación bajo petición. Usted puede pedir una copia de la notificación en cualquier tiempo. Aunque usted haya acordado recibir la notificación electrónicamente, aún así usted tiene derecho a una copia de papel. Para obtener una copia de papel, póngase en contacto con: Cheryl Christian, 810 Pine Street, Gainesville, Georgia 30503, (770) 297-5040.

Pedir una restricción de ciertos usos y revelación de PHI. Usted tiene el derecho de pedir restricciones adicionales en nuestro uso o revelación de PHI acerca de usted completando e formulario de Petición para Restricción y entregándolo a un socio de la agencia para su revisión. No estamos requeridos a estar de acuerdo con la restricción. Si la restricción es posible, entonces el socio de la agencia procesará la petición. El formulario de Petición para Restricción está disponible bajo petición también.

inspeccionar y obtener una copia de PHI. Usted tiene derecho de tener acceso y copiar PHI acerca de usted o familia de un conjunto de registros designados mientras que a agencia mantenga su PHI. El conjunto de registros designados usualmente incluyen recetas y registros de laboratorio. Para inspeccionar o copiar PHI acerca de usted, usted debe completar el formulario Petición para Tener Acceso a Información Protegida de Salud y entregarlo a un socio de la agencia para revisión. Si la petición puede ser otorgada, entonces el socio de la agencia le proporcionará a usted un informe detallando PHI acerca de usted contenida en nuestro conjunto de registros designados. El formulario de Petición para Tener Acceso a Información Protegida de Salud está disponible bajo petición. Podemos cobrarle por los costos de copiado, envío y suministros que sean necesarios para satisfacer su petición. Podemos negarle su petición a inspeccionar y copiar bajo ciertas circunstancias limitadas. Si a usted se le niega acceso a PHI acerca de usted, puede solicitar que la negación sea revisada.

Solicitar una emienda de PHI. Si usted siente que PHI que mantenemos acerca de usted esta incompleta o incorrecta, usted puede solicitar que la emendemos. Usted puede solicitar una emienda durante el tiempo que mantenemos la PHI. Para solicitar una emienda, usted debe completar el formulario Petición para Emendar un Registro y entregarlo a un socio de la agencia para revisión. Si la petición puede ser otorgada, entonces el socio de la agencia emendará el(s) registro(s) apropiado(s). El formulario Petición para Emendar un Registro está disponible bajo petición. En ciertos casos, podemos negar su petición de emienda. Si negamos su petición de emienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con la decisión y nosotros podemos retular su declaración.

Recibir una rendición de cuentas de revelaciones de PHI. Usted tiene derecho de recibir una rendición de cuentas de las revelaciones que hemos hecho de PHI acerca de usted después del 14 de abril del 2003. Esta rendición de cuentas incluye solamente aquellas revelaciones requeridas a ser tomadas en cuenta bajo las normas federales de privacidad para la información de la salud (45 C.F.R. Parte 164). Estas normas no requieren tomar en cuenta las revelaciones para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud, entre otras. La rendición de cuentas excluye ciertas revelaciones, como las revelaciones hechas directamente a usted, revelaciones que usted autorice, revelaciones a amigos o miembros de familia involucrados en su cuidado, revelaciones para propósito de notificación, y revelaciones rutinarias hechas a agencias reguladoras o policíales. El derecho a recibir una rendición de cuentas esta sujeto a ciertas excepciones, restricciones, y limitaciones. Para solicitar una rendición de cuentas, usted debe enviar una petición por escrito a: Cheryl Christian, 810 Pine Street, Gainesville, Georgia 30503. Su petición debe especificar el periodo de tiempo, pero no puede ser más de seis años. La primera rendición de cuentas que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será proporcionada gratis, pero puede cobrarse por el costo de proporcionar rendición de cuentas adicionales. La notificación del costo involucrado y usted puede elegir renunciar o modificar su petición en ese tiempo.

Solicitar comunicados de PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Usted tiene el derecho a solicitar comunicados por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, usted puede solicitar que se le contacte acerca de cuestiones médicas solamente por escrito o a una residencia o apartado postal diferente. Para solicitar comunicados confidenciales de PHI acerca de usted, usted debe completar el formulario Petición para Comunicados Confidenciales y entregarlo a un socio de la agencia para revisión. Si la petición puede ser otorgada, entonces el socio de la agencia hará los cambios apropiados. Acomodaremos todas las peticiones razonables, no obstante en caso de situaciones de emergencia, quizá le contactemos por cualquier medio que creamos necesario. El formulario de Comunicados Confidenciales está disponible bajo petición.

Ejemplos de Cómo Podemos Utilizar y Revelar PHI:

Las siguientes son descripciones y ejemplos de las maneras que utilizamos y revelamos PHI:

Utilizaremos PHI para tratamiento. Tratamiento es la provisión, coordinación o administración de cuidados de salud y servicios relacionados. También incluye pero no está limitado a consultas y referencias entre uno o más proveedores. Ejemplo: Información obtenida por la agencia será utilizada para proporcionar medicamentos y/o tratamiento a usted. Documentaremos en su registro información relacionada a los medicamentos y/o tratamientos y otros servicios proporcionados a usted.

Utilizaremos PHI para pagos. Pagos incluyen pero no están limitados a las acciones de hacer determinaciones de cobertura y recibir pagos. (Incluyendo facturación, administración de reclamos, subrogación, plan de reembolso, y revisión de utilización y autorizaciones previas). Ejemplo: Nos pondremos en contacto con su seguro para determinar si pagará por sus servicios y la cantidad de su copago. Haremos factura a usted o a una tercera parte por los costos de los servicios proporcionados a usted. La información en o que acompaña la factura puede incluir información que le identifica a usted, así como los medicamentos que usted está tomando.

Utilizaremos PHI para operaciones de cuidadores de salud. Operaciones de cuidadores de salud incluyen pero no están limitadas a evaluaciones y mejoras de calidad, revisión de competencias o calificaciones de profesionales de cuidadores de salud, suscripción, clasificación de primas y otras actividades de seguro relacionadas, crear o renovar contratos de seguro. También incluye manejo de enfermedades, administración de casos, conducción o arreglo de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría incluyendo programas de observación de fraude y abuso, planificación y desarrollo de negocios, administración de negocios y actividades administrativas generales.

Ejemplo: La agencia puede utilizar información en su registro de salud para inspeccionar el desempeño de la agencia que proporciona el tratamiento a usted. Esta información será utilizada

en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad y eficacia de los cuidadores y servicios de salud que nosotros proporcionamos.

Posiblemente utilizemos o revelemos PHI para los siguientes propósitos:

Socios de negocios: Existen algunos servicios proporcionados por nosotros a través de contactos con socios de negocios. Ejemplos incluyen Procesadores o Administradores de reclamos, Gerentes de Beneficios de Farmacia, etc. Cuando estos servicios sean contratados, podemos revelar PHI acerca de usted a nuestros socios de negocios para que puedan desempeñar el trabajo que les hayamos pedido hacer y hacerle factura a usted o a su tercera parte por los servicios otorgados. Para proteger PHI acerca de usted, requerimos a nuestros socios de negocios que protejan PHI adecuadamente.

Comunicación con personas involucradas en su cuidado o pago para su cuidado: Los profesionales de salud, utilizando su juicio profesional, pueden revelar a un miembro de familia, otro pariente, amigo(a), personal cercano(a) o a alguna persona que usted identifique, PHI importante para la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado a su cuidado.

Comunicados relacionados a la salud: Podemos contactarle para proporcionar recordatorios de resuministro o información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados a la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.

La Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés):

Podemos revelar a FDA, o a personas bajo la jurisdicción de FDA, PHI relacionada a eventos adversos con respecto a drogas, alimentos, suplementos, productos y derivados de productos, información de vigilancia fuera del mercado para facilitar cuando un producto es quitado del mercado, reparaciones, o reemplazado de productos.

Compensación laboral: Podemos revelar PHI acerca de usted autorizado por y como sea necesario, para conformar con las leyes relacionadas a compensación laboral o programas similares establecidos por ley.

Salud pública: Como se requiere por ley, podemos revelar PHI acerca de usted a autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o discapacidades.

Policía: Podemos revelar PHI acerca de usted para propósitos policíales como se requiere por ley o en respuesta a un citatorio judicial válido u otros procesos legales.

Como se requiere por ley: Debemos revelar PHI acerca de usted cuando se requiera hacerlo por ley.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos revelar PHI acerca de usted a una agencia supervisora para actividades autorizadas por ley.