



Centro De Salud Ritter

Formulario para Paciente Nuevo

Fecha de Hoy: _____

Apellido	Nombre	NM	Fecha de Nacimiento
Direccion:			
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgenero Hombre (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Transgender Female (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No desea responder		Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Etero Sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana or Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/> No desea responder	
Correo electronico: _____		Telefono #: () _____	
Numero de Security Social: ____ - ____ - _____		Se le puede dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estado Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Companero de vida <input type="checkbox"/> Viudo		Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ud esta discapacitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Prefiere Comunicarse : <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Language de signo Idioma: <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Americano <input type="checkbox"/> Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Native Hawaiiano <input type="checkbox"/> Otro Islas Pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> No desea Responder		Situacion de Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Sin Hogar	
Homeless: <input type="checkbox"/> Vive en un albergue <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Calle o Carro <input type="checkbox"/> Casa de transicion <input type="checkbox"/> Temp. con amigos o familiares <input type="checkbox"/> Casa Publica o subsidiada		Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retirado Imigrante/Trabajador Agricultor Temporal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retirado			

Evaluación de Salud

Adulto

Nombre del paciente (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha	
Persona que llena el formulario (si el paciente necesita ayuda)		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro	Necesita ayuda para llenar el formulario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<p><i>Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.</i></p>			Necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
1. Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu?	Si	No	Omitir	
2. Come frutas y verduras todos los días?	Si	No	Omitir	
3. Limita la cantidad de alimentos fritos o comida rápida que come?	Si	No	Omitir	
4. Tiene la posibilidad de comer suficientes alimentos saludables?	Si	No	Omitir	
5. La mayoría de los días bebe un refresco, jugo, bebida deportiva o bebida energizante?	Si	No	Omitir	
6. Por lo general, come demasiado o muy poco?	Si	No	Omitir	
7. Le preocupa su peso?	Si	No	Omitir	
8. Hace ejercicio o realiza actividades, como caminar, jardinería o nadar durante, al menos, ½ hora al día?	Si	No	Omitir	Safety
9. Se siente seguro donde vive?	Si	No	Omitir	
10. Ha tenido accidentes automovilísticos últimamente?	Si	No	Omitir	
11. Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente?	Si	No	Omitir	
12. Siempre usa cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil?	Si	No	Omitir	
13. Tiene un arma de fuego en su hogar o en el lugar donde vive?	Si	No	Omitir	

14. Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días?	Si	No	Omitir	Dental Health
15. Con frecuencia se siente triste, desesperanzado, enojado o preocupado?	Si	No	Omitir	Mental Health
16. Con frecuencia tiene dificultades para dormir?	Si	No	Omitir	
17. Fuma o masca tabaco?	Si	No	Omitir	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18. Sus amigos o familiares fuman en su hogar o en el lugar donde usted vive?	Si	No	Omitir	
19. In the past year, have you had: En el último año ¿ha tomado: <input type="checkbox"/> (hombres) 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día? <input type="checkbox"/> (mujeres) 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Si	No	Omitir	
20. Consume drogas o medicamentos para ayudarlo a dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso?	Si	No	Omitir	
21. Cree que usted o su pareja podría estar embarazada?	Si	No	Omitir	Sexual Issues
22. Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.?	Si	No	Omitir	
23. Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año?	Si	No	Omitir	
24. Have you or your partner(s) had sex with other people in the past year? Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año?	Si	No	Omitir	
25. Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año?	Si	No	Omitir	
26. Alguna vez le forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales?	Si	No	Omitir	
27. Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud?	Si	No	Omitir	Other Issues

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor: _____

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, and Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature		Print Name:			Date:
SHA Annual Review					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:

Firmar y autoriza

The information I gave on this form is true and correct to the best of my knowledge.

- Doy mi consentimiento para que los empleados de Ritter Center Health Center (RCHC) realicen los exámenes, procedimientos, tratamientos y derivaciones médicos que necesitan para cuidarme.
- Acepto seguir las reglas de pago de RCHC para los servicios que recibo.
- Autorizo la divulgación de cualquier información que RCHC necesite para procesar mis reclamos médicos.
- Autorizo el pago de cualquier beneficio gubernamental o pago de seguro adeudado a RCHC por los servicios que me brindan.

___ Para clientes de Ritter Health Center: entiendo que mis registros médicos y de salud mental pueden compartirse internamente con el personal de Ritter Center y externamente con otros proveedores de atención médica que participan en mi atención, para coordinar el tratamiento y los servicios y ayudar a facilitar las referencias.

___ Para clientes de Ritter Safety Net: Entiendo que mis registros de tratamiento por uso de sustancias solo se compartirán con otras personas fuera del programa Ritter Center Safety Net si he proporcionado autorización para dicha divulgación.

Doy permiso a RCHC para revisar los registros farmacéuticos relacionados con la atención médica que recibo:

_____ (iniciales aqui)

(Firma del paciente)

Solicitud de tarifa de escala gradual y formulario de declaracion de ingresos

El Centro de Salud del Ritter brinda servicios independientemente de su capacidad de pago. Según sus ingresos, es posible que haya un descuento disponible. Ritter Center utilizará la información que proporcione en este formulario solo para ver si califica según el Programa de escala móvil de la Guía federal de ingresos de pobreza. La escala móvil le permite pagar un precio reducido por algunos servicios en Ritter Center. Incluya ingresos de todas las fuentes, incluidos salarios brutos, propinas, seguridad social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, negocios netos o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, servicio militar, desempleo y ayuda pública.

1.) Nombre (por favor imprima): _____

2.) Cuál es su ingreso mensual, antes de deducir impuestos? \$ _____

3.) Cuál es el ingreso combinado de su hogar? \$ _____

4.) De dónde provienen estos ingresos? (Trabajo, discapacidad, etc.) _____

5.) Cuántos familiares viven contigo? (cuente solo a su cónyuge e hijos) _____

Certifico que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente

Fecha

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAS SIN HOGAR (HMIS) DEL CONDADO DE MARIN

Consentimiento del cliente para la recopilación de datos y la divulgación de información

QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre servicios y programas para personas sin hogar y de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras de servicios para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y brindar servicios a los clientes y a cumplir con los requisitos de financiadores como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (HUD). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información del cliente con el permiso del cliente. Los Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin administran el HMIS para el Condado de Marin.

CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, puede dar permiso para que se recopile y comparta información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que brindan vivienda y servicios en el condado de Marin. Una lista actualizada de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt A Family of Marin	Marin County Health & Human Services
Bucklew	Marin Housing Authority
Downtown Streets Team	St. Vincent de Paul Society
Homeward Bound of Marin	Ritter Center
Homeless Outreach Team (HOT)	U.S. Department of Veterans Affairs (VA)
Marin Community Clinics	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al condado de Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información HMIS compartida se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, que incluyen coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia con servicios públicos y para evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actualizada en <http://marin.clarityhs.help>

La información que se recopilará y compartirá incluye:

- Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, origen étnico, número de seguro social, información de contacto, condición de veterano
- Información básica sobre condiciones de discapacidad autoinformadas causadas por motivos médicos, de salud mental, uso de sustancias o factores de desarrollo, incluido el estado de VIH/SIDA autoinformado.
- Información de Vivienda
- Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
- Servicios proporcionados por agencias asociadas
- Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
- Mi fotografía u otra imagen (si se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.

- El condado de Marin y las agencias asociadas mantendrán la privacidad de mi información HMIS utilizando políticas de privacidad estrictas. Tengo derecho a revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- Salud y Servicios Humanos del Condado de Marin y BitFocus utilizan contraseñas y tecnología de cifrado para garantizar que la información en el sistema esté segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre existe un pequeño riesgo de que se produzca una violación de la seguridad y que alguien pueda obtener mi información y utilizarla de forma inapropiada. El condado de Marin y las agencias asociadas deben alertarme si saben de una infracción.
- Si tengo preguntas sobre mi información HMIS, mis derechos con respecto a esa información HMIS, o me preocupa que mi información haya sido utilizada indebidamente, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas HMIS en marin@bitfocus.com.
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de información del cliente.
- Este Consentimiento caducará 3 años después de mi última actividad registrada en HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a marin@bitfocus.com o comunicándome con la agencia asociada que proporciona esta Divulgación de información.
- La información de mi HMIS puede compartirse para coordinar referencias y colocación para vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de la atención, el asesoramiento, la alimentación, la asistencia con los servicios públicos y otros servicios.
- La información de mi HMIS puede incluirse en informes para auditores o financiadores que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluido HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marin y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. . Entiendo que la lista de auditores y financiadores puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.
- La información de mi HMIS puede usarse para investigaciones; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

___ Me ofrecieron y rechacé una copia de este formulario. **OR**
 ___ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

Nombre impreso:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

El cliente optó por no participar/consentimiento rechazado: _____ (Iniciales del personal/agencia)

 Personal de testigos y agencia

 Fecha

CENTRO DE SALUD RITTER

Aviso de prácticas de privacidad: Clientes de atención médica

Nos preocupamos por proteger su información privada y respaldar sus derechos. Este es nuestro nuevo Aviso de prácticas de privacidad que entrará en vigor el 11 de septiembre de 2020.

Esperamos que lo encuentre útil y fácil de entender. Por favor léelo atentamente. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad por correo electrónico privacidad@rittercenter.org y estaremos encantados de hablar con usted.

Tus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Ritter Center se compromete a mantener y proteger la confidencialidad de su información médica privada. Cuando utilizamos el término salud siempre nos referiremos tanto a tu salud física como mental. La ley federal, incluida la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), exige que Ritter Center le proporcione este Aviso de Privacidad, que describe nuestras políticas, salvaguardas y prácticas. Siempre que Ritter Center utilice o divulgue su información de salud protegida, estamos sujetos a los términos de este Aviso de privacidad.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. Tienes derecho a:

Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Tu solicitud debe ir por escrito. Pídenos un formulario.
- Puede solicitar a su personal o a nuestro Oficial de Privacidad cualquiera de los formularios en este aviso. La información de contacto se encuentra en la última página de este aviso.
- Le proporcionaremos una copia de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta

- Su solicitud tiene que ser por escrito. Le daremos el formulario y le ayudaremos si lo necesita.
- Si decimos “sí” y estamos de acuerdo con su solicitud, modificaremos la información en su registro.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero si es así, le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica. Por ejemplo, es posible que tenga un número diferente que desee que usemos para dejar un mensaje o una dirección diferente para enviar correo.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables. Si no podemos, te diremos por qué.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Podemos utilizar su información con otros profesionales calificados para tratamiento, pago o nuestras operaciones. Puede solicitarnos que no compartamos cierta información de salud para estos fines.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectaría su atención.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como aquellas que usted nos haya pedido directamente que hagamos)
- Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Tus opciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

Su derecho a presentar una queja

- Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y desea presentar una queja, o tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad: privacidad@rittercenter.org o llame al número gratuito 888-368-4111
 - Usted no será penalizado por presentar una queja
 - También puede presentar una queja directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del USDH.
 - Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, S.W. Washington, DC 20201 877-696-6775
OCRMail@hhs.gov www.hhs.gov
-

Nuestros usos y divulgaciones

Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Tratamiento

- Para la coordinación de su tratamiento con otros proveedores de atención médica que lo estén tratando.
- Esto incluye otro personal de atención médica y de salud conductual tanto dentro como fuera del Ritter Center. Ejemplo: una conversación entre su médico de atención primaria y un terapeuta de salud mental o administrador de casos sobre su plan de tratamiento.

Factura por tus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: facturar a Medi-Cal o Medicare por el costo de su atención médica.

Dirige nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Ritter Center participa en iniciativas de atención médica a nivel de todo el sistema

- **El Intercambio de Información de Salud (HIE) de Marin Health Gateway.** Participamos en un servicio de intercambio e integración de datos a través de un sistema electrónico HIE seguro y confidencial. El HIE permite el intercambio apropiado y seguro de información de salud entre el personal del HHS, las clínicas comunitarias en el condado de Marin, el Hospital General de Marin, los servicios de salud de detención, el plan de salud administrado de Medi-Cal y otros socios externos, ayudando a los proveedores de atención médica y a los funcionarios de atención médica a tomar decisiones informadas, mejorando la coordinación y la calidad de la atención.
- **Tiene derecho a obtener una lista de proveedores participantes si la solicita.** Tiene derecho a optar por no participar en el HIE. Pregúntanos cómo y te ayudaremos.
- **Tiene derecho a obtener una lista de proveedores participantes si la solicita.** Tiene derecho a optar por no participar en el HIE. Pregúntanos cómo y te ayudaremos.
- **Coalición de Centros de Salud Comunitarios de Redwood (RCHC)**
Participamos en un “acuerdo de salud organizado” con RCHC. A través de este acuerdo de salud, Ritter Center participa en revisiones de utilización, evaluaciones de calidad y actividades de mejora, y actividades de pago.

De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Ayuda a prevenir daños a ti mismo o a otros.

Podemos divulgar su información para reducir razonablemente el riesgo de daño si creemos que representa una amenaza grave e inminente para su propia salud o seguridad, o si existe un peligro para otra persona o para el público.

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública.

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información con personal calificado para investigaciones de salud (por ejemplo, comparar los resultados del tratamiento de pacientes que recibieron un tipo de tratamiento con aquellos que recibieron otro) o para una auditoría o evaluación de programa.

Consentir con ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos con las leyes federales de privacidad

Atender la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley.
- Con organismos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Nuestro Oficial de Privacidad

Puede obtener más información sobre sus derechos, obtener formularios y obtener ayuda con cualquiera de sus derechos de privacidad o preguntas comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad: privacidad@rittercenter.org o llamando al número gratuito: 888-368-4111

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Si Ritter Center realiza cambios significativos, se le informará sobre el nuevo Aviso y se le ofrecerá una copia en su próxima visita para recibir tratamiento. El nuevo Aviso se publicará en el sitio web del Centro Ritter.

Las prácticas de privacidad enumeradas en este Aviso entran en vigor el 11 de septiembre de 2020.

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad del Centro Ritter por parte de pacientes de atención médica

Reconozco que he recibido y revisado el Aviso de prácticas de privacidad del Centro Ritter.

Nombre: _____

DOB: _____

Fecha De Hoy: _____



Centro de salud Ritter Center
Directiva Anticipada

FECHA: _____

Apellido:	Nombre:	MI:	Fecha Da Nacimiento:
------------------	----------------	------------	-----------------------------

Tiene una directiva anticipada o un poder notarial para la atención médica?

SI _____

NO _____

Te gustaría más información?

SI _____

NO _____

información dada

Firma del paciente

Fecha



Política de No Discriminación

Ritter Center no discrimina en la prestación de servicios basándose en:

- La incapacidad de una persona para pagar.
- La cobertura de Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- Raza, color, sexo, origen nacional.
- Discapacidad.
- Religión.
- Edad.
- Orientación sexual.
- Identidad de género.

Si alguna vez sientes que no estás siendo tratado con respeto o equidad, por favor, comunícate de inmediato con nuestra dirección. Tu bienestar, confianza y satisfacción son nuestras principales prioridades.

Gracias por elegir Ritter Center para tus necesidades de atención médica.

[Haga clic aquí para enviar este PDF por correo electrónico a la gerente de la clínica](#)

[Rachelle Valenzuela](#)