

Welcome!

Dear Patient:

Welcome to Dignity Health Medical Group (DHMG) Arizona. DHMG is the academic employed physician group of Dignity Health in Arizona. DHMG is comprised of more than 200 physicians, nurse practitioners, physician assistants, and certified nurse midwives, as well as over 500 support staff who cover a wide variety of specialties. With 26 practice sites and four hospitals throughout the valley, we are able to provide more than 20 subspecialty services to the Greater Phoenix Metropolitan area.

As a part of the Dignity family, DHMG shares the mission and values of Dignity Health, furthering the healing ministry of Jesus, with a focus on innovative clinical care and pursuit of excellence through scholarly activities. Our vision is to be the top performing, physician led, professionally managed integrated academic medical group providing our communities with the highest quality of care.

At DHMG, we employ providers that are recognized as AZ top docs in Phoenix Magazine. We also have providers within DHMG that are continuously ranked at the top for patient satisfaction and quality. Our providers are all board certified—or working towards their certification—in order to meet nationally recognized standards for education, knowledge, experience, and skills. Additionally, our exceptional providers work together to train future physicians which encourages them to remain proficient in the most cutting-edge medical knowledge and training, further allowing them to provide high quality care in an array of medical specialties, above and beyond that of a traditional clinician.

Dignity Health Medical Group Primary Care Clinics are recognized as Patient Centered Medical Home (PCMH) certified. Patient-Centered Medical Home emphasizes the use of systematic, patient-centered, coordinated, evidence-based care that supports access, communication and patient involvement. It provides a system of care in which a team of health professionals work together with patients, families and/or caregivers to meet all of your health care needs, from the point of scheduling, to the patient's arrival, through the visit and after for continued care. It is a trusting partnership between a doctor-led health care team and a patient.

Please review and complete the attached forms prior to your scheduled appointment.
We are excited to welcome you to the Dignity Health Medical Group family.



Bruce Bethancourt, MD
Chief Medical Officer, DHMG

¡Bienvenido!

Estimado(a) paciente:

Bienvenido al Dignity Health Medical Group (DHMG) en Arizona. El DHMG es el grupo de médicos académicos empleados de Dignity Health en Arizona. Se compone de más de 200 médicos, personal de enfermería especializada, asociados médicos y enfermeras parteras certificadas, así como un personal de apoyo de más de 500 personas quienes se dedican a una amplia variedad de especialidades. Con 26 sitios con consultorios y cuatro hospitales distribuidos en todo el valle, estamos capacitados para prestar más de 20 servicios de subespecialidades al área metropolitana de Phoenix.

Como parte de la familia Dignity, DHMG comparte la misión y los valores de Dignity Health, ampliando el ministerio sanador de Jesús, con un enfoque en la atención clínica innovadora y la búsqueda de la excelencia en actividades de especialización académica. Nuestra visión es que seamos el grupo médico académico conformado por médicos y administrados por profesionales de mejor desempeño a fin de brindar cuidados de la más alta calidad a nuestras comunidades.

En el DHMG, empleamos a proveedores reconocidos como los mejores médicos según la revista Phoenix Magazine. También contamos con proveedores en el DHMG quienes continuamente son reconocidos como líderes de la industria en términos de satisfacción del paciente y calidad de atención. Todos nuestros proveedores cuentan con certificación académica – o están en trámite de obtener su certificación – a fin de cumplir normas de educación, conocimiento, experiencia y destrezas reconocidas a nivel nacional. Además, nuestros proveedores excepcionales colaboran para capacitar a futuros médicos, lo cual los alienta a mantener su dominio en el conocimiento y la capacitación médica más avanzada, lo que en lo sucesivo les permite brindar cuidados de alta calidad en una gama de especialidades médicas, que exceden a los del médico clínico tradicional.

Las clínicas de atención primaria de Dignity Health Medical Group están reconocidas con la certificación de Hogar Médico Centrado en el Paciente (Patient Centered Medical Home, PCMH). Dicha certificación enfatiza el uso de cuidados sistemáticos, centrados en el paciente, coordinados y empíricos que fomentan el acceso, la comunicación y la participación del paciente. Ofrece un sistema de cuidados en el que un equipo de profesionales de la salud colabora con los pacientes, las familias o los responsables de brindar cuidados para satisfacer todas sus necesidades de cuidados médicos. Se trata de una asociación de confianza entre un equipo de cuidados, encabezado por un médico y un paciente.

Por favor, revise y llene los formularios adjuntos antes de la consulta que tiene programada. Nos emociona darle la bienvenida a la familia de Dignity Health Medical Group.



Bruce Bethancourt, MD
Chief Medical Officer, DHMG

PATIENT INFORMATION

Last Name		First Name	Middle	
Social Security Number	Date of Birth	Legal Gender ☐ Male ☐ Female ☐ Nonbinary	Marital Status	
Race: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Black or African American ☐ Other ☐ Asian ☐ White ☐ Decline to Answer				
Ethnicity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino ☐ Decline to state		Language	Preferred Language for Health Care Information	
Mailing Address		City	State	Zip
Primary Contact Number ☐ Home ☐ Cell ☐ Work ()	Secondary Contact Number ☐ Home ☐ Cell ☐ Work ()	Preferred Notify Method: ☐ Home ☐ Cell ☐ Work Other: ()		
E-Mail Address		Employer		
Emergency Contact:		Relationship to patient	Emergency Contact Number:	

RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION (IF OTHER THAN PATIENT)

Last Name	First Name	Middle	Relationship to Patient	
Date of Birth		Primary Contact Number ☐ Home ☐ Cell ☐ Work ()		
Mailing Address		City	State	Zip

FAMILY AND FRIENDS ACCESS (OPTIONAL)

I permit Dignity Health to share my appointment date/time, and/or billing with any individuals listed below:

Full Name:	Full Name:	Full Name:
Relationship to Patient:	Relationship to Patient:	Relationship to Patient:

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Carrier	Worker's Comp Injury ☐ Yes ☐ No	Insurance Billing Address:	
Policy/Group Number:	Subscriber Full Name:	Subscriber Date of Birth:	
Secondary Insurance Carrier		Insurance Billing Address:	
Policy/Group Number:	Subscriber Full Name:	Subscriber Date of Birth:	

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento		Género legal ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario		Estado civil
Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático		☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco		☐ Otro ☐ Se niega a responder	
Origen étnico: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Se niega a responder		Idioma		Idioma preferido para la información sobre la atención médica	
Dirección postal		Ciudad		Estado	Código postal
Número de contacto principal ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo ()	Número de contacto secundario ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo ()		Preferred Notify Method: ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo Otro: ()		
Dirección de correo electrónico		Empleador			
Contacto de emergencia		Vínculo con el paciente		Número de contacto de emergencia	

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el paciente	
Fecha de nacimiento		Número de contacto principal ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo ()		
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal

ACCESO A FAMILIARES Y AMIGOS (OPCIONAL)

Permito que Dignity Health comparta la fecha/hora de mi cita, y/o la facturación con cualquiera de los individuos listados a continuación:

Nombre completo:	Nombre completo:	Nombre completo:
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:	Relación con el paciente:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros principal	Lesión por accidente laboral ☐ Sí ☐ No	Dirección de facturación del seguro:	
Número de póliza/grupo:	Nombre completo del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Compañía de seguros secundaria	Dirección de facturación del seguro:		
Número de póliza/grupo:	Nombre completo del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	

PATIENT NAME: _____

MRN: _____

DOB: _____

Initials:



CANCELLATIONS, LATE PATIENTS, AND NO SHOWS: Our goal at Dignity Health Medical Group is to maximize the time your provider spends with you and minimize your wait time. In order to do so, we have a standardized policy for no shows, cancellations, and late arrivals;

- **Cancellation:** We require 24 hour notice of cancellation for any appointments.
- **Late:** You will be considered late if you arrive 15 minutes after scheduled appointment time.
- **No Show:** If you do not arrive for a scheduled appointment and do not provide the office notice within at least 24 hours you will be considered a no show.
 - No show #1- Documented
 - No show #2- Warning letter mailed out to patient
 - No show #3- Discharged from office



FAMILY AND FRIENDS: You have the option to list 3 individuals which you give permission to know about appointment dates, times, and/or billing information. These individuals may NOT give consent for any in office procedures, immunizations, etc.



MEDICATION REFILLS: Please contact your preferred pharmacy to request medication refills. Once the request has been received, refills will be completed within 3 business days.



FINANCIAL RESPONSIBILITY: This may include co-payments, co-insurance and services not covered or paid by your insurance carrier. This financial responsibility also applies if your insurance carrier is not contracted with Dignity Health Medical Group. **It is your responsibility to ensure that all services rendered by Dignity Health Medical Group on your behalf are paid in full within thirty (30) days of the statement date**

We do not change billing codes once they have been submitted to your insurance company.

Depending on your insurance coverage at the time of your visit to the clinic, you may be asked to make a deposit on your account prior to seeing a physician. Deposits will be applied toward charges incurred but may not represent payment in full for services. Additional charges may be warranted by use of x-ray, supplies, and/or more complex services as required for care.

It is important that you bring proof of insurance each time you visit the clinic. Failure to do so may result in your not being seen or being required to make a full payment at the time services are rendered. Please make every effort to let us know if your insurance carrier (primary or secondary insurance) or your personal information (home address, employer, and phone number) has changed since your last visit.

We understand that insurance coverage can be confusing and we are committed to helping you with any questions you may have. **Please feel free to call Patient Billing Services directly at 602.406.3860 or toll free at 877.877.8311.**

Initials:



CANCELACIONES, LLEGADAS TARDES Y CITAS FALTADAS: Nuestro meta en el Dignity Health Medical Group es maximizar el tiempo que su prestador de atención clínica pasa con usted y minimizar su tiempo de espera. Para lograr esta meta, contamos con una política normalizada en caso de citas faltadas, cancelaciones y llegadas tardes;

- **Cancelación:** Requerimos 24 horas de previo aviso para cancelar cualquier cita.
- **Llegada tarde:** Se considera que uno llega tarde si llega 15 minutos después de la hora programada de la cita.
- **Cita faltada:** Si no llega a una cita programada y no da 24 horas de previo aviso al consultorio, la cita se considera faltada.
 - Cita faltada #1- Se documenta la falta
 - Cita faltada #2- Se envía una carta de aviso al paciente
 - Cita faltada #3- Se le da de baja del consultorio



FAMILIA Y AMIGOS: Usted tiene la opción de nombrar a 3 individuos a quienes les da permiso para saber sobre fechas y horas de citas y/o información sobre facturación. Estos individuos **NO** pueden otorgar consentimiento para cualquier procedimiento en el consultorio, vacuna, etc.



RESURTIDOS DE MEDICAMENTOS: Por favor comuníquese con su farmacia de preferencia para pedir que le vuelvan a surtir medicamentos. Una vez que se reciba el pedido, se vuelven a surtir los medicamentos dentro de **3 días hábiles**.



RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Esto puede incluir copagos, coseguros y servicios no cubiertos o no pagados por su asegurador. Esta responsabilidad financiera también aplica si su asegurador no tiene contrato con el Dignity Health Medical Group. **Usted es responsable de asegurar que se pagan por completo todos los servicios prestados por el Dignity Health Medical Group dentro de treinta (30) días desde la fecha impresa en la factura.**

No cambiamos los códigos de facturación después de haberlos sometido a su asegurador.

Dependiendo de la cobertura de su seguro en el momento de la consulta en la clínica, se le puede pedir que deje un depósito en su cuenta antes de ver al médico. Los depósitos se aplicarán a los cargos pero puede que no cubran los cargos completos de los servicios prestados. Se pueden justificar cargos adicionales debido al uso de radiografía, suministros y/o servicios más complejos requeridos para brindar atención.

Es importante que traiga su tarjeta de seguro cada vez que venga a la clínica. De no traerla, se podría negar la consulta o se puede requerir que remita el pago completo en el momento de recibir los servicios. Por favor haga todo lo posible para avisarnos si ha habido algún cambio en su asegurador (primario o secundario) o en su información personal (domicilio, empleador o teléfono) desde su última consulta.

Entendemos que la cobertura del seguro puede ser confusa y nos esforzamos por ayudarlo con cualquier duda que tenga. **No dude en llamar directamente a los servicios de facturación al 602.406.3860 o sin costo al 877.877.8311.**

PATIENT NAME: _____

MRN: _____

DOB: _____

Initials:



TELECOM AGREEMENT: You agree that by signing below you consent and request that Dignity Health Medical Group, its affiliates, and those acting on its/their behalf, may call or text you using an automated telephone dialing system and/or a prerecorded message. The types of calls or texts you may receive include those concerning the patient's care, scheduling, reminders, prescriptions, advertisements or telemarketing messages concerning our benefits and services. Calls can be made to any number you provide or we obtain even if listed on a national or state Do Not Call registry. You understand that consent is not a condition of care.

By supplying my home phone number, mobile phone number, email address, and any other personal contact information, I authorize my health care provider to employ a third-party automated outreach and messaging system to use my personal information, the name of my care provider, the time and place of my scheduled appointment(s), and other limited information, for the purpose of notifying me of a pending appointment, a missed appointment, overdue wellness exam, balances due, lab results, or any other healthcare related function. I also authorize my healthcare provider to disclose to third parties, who may intercept these messages, limited protected health information (PHI) regarding my healthcare events. I consent to the receiving multiple messages per day from my healthcare provider, when necessary. I consent to allowing detailed messages being left on my voice mail, answering system, or with another individual, if I am unavailable at the number provided by me.



TELEHEALTH OR TELEMEDICINE VISITS: If patient participates in a Telehealth or Telemedicine visit, then consent from patient to receive telehealth services will be acquired virtually by provider at time of visit and documented as part of the Visit Note.



HEALTH INFORMATION EXCHANGE (HIE) STATE PARTICIPATION ACKNOWLEDGEMENT: I acknowledge receipt and have read and understand the Notice of Health Information Practices regarding Dignity Health's participation in Health Current, the statewide Health Information Exchange (HIE), or I previously received this information and decline another copy.

I have read and understood the above.



Guarantor/Responsible Party or Patient Signature

Date

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: _____

F. DE NAC.: _____

Initials:

ACUERDO DE TELECOMUNICACIONES: Al firmar a continuación usted acepta, da su consentimiento y solicita que el Dignity Health Medical Group, sus afiliados, y sus representantes le llamen o le manden mensajes de texto mediante un sistema telefónico automatizado y/o un mensaje pregrabado. Los tipos de llamadas o textos que puede recibir incluyen información relevante a la atención del paciente, programación de citas, recordatorios, recetas, anuncios o mensajes de venta telefónica respecto a beneficios y servicios ofrecidos. Se pueden hacer llamadas a cualquier número que usted proporcione o que obtengamos aunque se encuentre en una lista nacional o estatal “No llame” para evitar llamadas no deseadas. También reconoce que no se requiere este consentimiento para recibir atención clínica.

Al proporcionar mi número de teléfono de casa o de celular, mi correo electrónico o cualquier información personal de contacto, autorizo a mi proveedor de atención clínica a utilizar un sistema automatizado de un tercero para usar mi información personal, el nombre de mi proveedor, la hora y el lugar de mis citas programadas y otra información limitada con el fin de avisarme de citas pendientes, citas faltadas, revisiones de bienestar atrasadas, saldos debidos, resultados de laboratorio u otra información relacionada con mi atención clínica. También autorizo a mi proveedor de atención clínica a divulgar a terceros, que podrían interceptar estos mensajes, información limitada protegida de la salud respecto a mi atención clínica. Doy consentimiento para recibir múltiples mensajes al día de mi proveedor de atención clínica, en caso necesario. Doy consentimiento para dejar mensajes detallados en mi buzón de voz, contestadora o a otro individuo si no puedo contestar al teléfono cuyo número proporcioné.



VISITAS TELESALUD O TELEMEDICINA: Si el paciente participa en una visita de Telesalud o Telemedicina, el Proveedor médico adquirirá del paciente el consentimiento para recibir los servicios de Telehealth y lo documentará en las notas como parte de la visita.



INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIE, EN INGLÉS); RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL ESTADO: Reconozco haber recibido y entendido el Aviso de Prácticas sobre Información Médica respecto a la participación de Dignity Health en Health Current, del Intercambio Estatal de Información Médica (HIE) o que recibí previamente dicha información y rechazo otra copia.

He leído y entiendo la información arriba.



Firma de Garante/Persona responsable

Fecha

PATIENT NAME: _____

MRN: _____

DOB: _____

Health Assessment

ALLERGIES/REACTIONS:

MEDICATIONS: INCLUDING SUPPLEMENTS, LIST NAME OF MEDICATION, DOSE AND FREQUENCY.

Name	Dose	Frequency

Medical Illness:

- | | |
|---|---|
| ☐ Adrenal tumor/mass | ☐ Diabetes |
| ☐ Anemia | ☐ Emphysema |
| ☐ Angina | ☐ Epilepsy/Seizures |
| ☐ Anxiety | ☐ Fainting |
| ☐ Arrhythmia | ☐ Gallstones |
| ☐ Arthritis | ☐ Gout |
| ☐ Asthma | ☐ Heart Attack |
| ☐ Back Pain | ☐ Heart Murmur |
| ☐ Blood Clots | ☐ Hemophilia/Abnormal Bleeding |
| ☐ Blood Pressure <small>High/Low</small> | ☐ Hepatitis |
| ☐ Bone Infections | ☐ Hiatal Hernia |
| ☐ Bowel Problems | ☐ High Cholesterol |
| ☐ Cancer* | ☐ HIV/AIDS |
| ☐ Chicken Pox | ☐ Irritable Bowel Syndrome |
| ☐ Colon Polyps | ☐ Jaundice |
| ☐ Concussion | ☐ Kidney Disease |
| ☐ Congestive Heart Failure | ☐ Kidney Stones |
| ☐ Coronary Artery Disease | ☐ Lung Disease |
| ☐ Depression | ☐ Lymphatic disease |

Cancer History*:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Breast | ☐ Prostate | ☐ Stomach |
| ☐ Colon | ☐ Ovarian | ☐ Other: _____ |
| ☐ Lung | ☐ Skin | |

Surgeries:

- | | |
|---|--|
| ☐ Mononucleosis | ☐ Appendix |
| ☐ Neurological Disorder | ☐ Back Surgery |
| ☐ Pancreatic tumor/mass | ☐ Breast Biopsy |
| ☐ Parkinsons | ☐ Cardiac |
| ☐ Pituitary tumor/mass | ☐ Colon Polyps |
| ☐ Pneumonia | ☐ Gall Bladder |
| ☐ Prostate Enlargement | ☐ Hemorrhoid |
| ☐ Psychiatric Problems | ☐ Hernia <small>(Umbilical or Inguinal)</small> |
| ☐ Seasonal Allergies/
Hay Fever | ☐ Hysterectomy |
| ☐ STD _____ | ☐ Joint Replacement |
| ☐ Shortness of Breath | ☐ Knee Surgery |
| ☐ Stroke | ☐ Ovarian |
| ☐ Thyroid Disease | ☐ Prostate |
| ☐ Tumor/Mass | ☐ Shoulder Surgery |
| ☐ Tuberculosis/Exposure | ☐ Skin Biopsy |
| ☐ Ulcers | ☐ Splenectomy |
| ☐ Valley Fever | ☐ Thyroid |
| ☐ Other: _____ | ☐ Tonsillectomy |
| | ☐ Vasectomy |
| | ☐ Other: _____ |

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: _____

F. DE NAC.: _____

Evaluación de la salud

ALERGIAS/REACCIONES:
MEDICAMENTOS: INCLUYENDO SUPLEMENTOS, NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS Y FRECUENCIA.

Nombre	Dosis	Frecuencia

Enfermedad médica:

- | | |
|--|--|
| ☐ Tumor/masa suprarrenal | ☐ Epilepsia/convulsiones |
| ☐ Anemia | ☐ Desmayos |
| ☐ Angina | ☐ Cálculos biliares |
| ☐ Ansiedad | ☐ Gota |
| ☐ Arritmia | ☐ Ataque cardíaco |
| ☐ Artritis | ☐ Soplo cardíaco |
| ☐ Asma | ☐ Hemofilia/Sangrado anormal |
| ☐ Dolor de espalda | ☐ Hepatitis |
| ☐ Coágulos de sangre | ☐ Hernia de hiato |
| ☐ Presión arterial <small>Alta/Baja</small> | ☐ Colesterol alto |
| ☐ Infecciones óseas | ☐ VIH/SIDA |
| ☐ Problemas de intestino | ☐ Síndrome de intestino irritable |
| ☐ Cáncer* | ☐ Ictericia |
| ☐ Varicela | ☐ Enfermedad renal |
| ☐ Pólipos de colon | ☐ Cálculos renales |
| ☐ Conmoción cerebral | ☐ Enfermedad pulmonar |
| ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva | ☐ Enfermedad linfática |
| ☐ Enfermedad de las arterias coronarias | ☐ Mononucleosis |
| ☐ Depresión | ☐ Trastorno neurológico |
| ☐ Diabetes | ☐ Tumor/masa de páncreas |
| ☐ Enfisema | |

Cirugías:

- | | |
|---|---|
| ☐ Parkinson | ☐ Apéndice |
| ☐ Tumor/masa de la pituitaria | ☐ Cirugía de espalda |
| ☐ Neumonía | ☐ Biopsia de mama |
| ☐ Agrandamiento de la próstata | ☐ Cardíaca |
| ☐ Problemas psiquiátricos | ☐ Pólipos de colon |
| ☐ Alergias estacionales/ fiebre del heno | ☐ Vesícula biliar |
| ☐ ETS _____ | ☐ Hemorroides |
| ☐ Dificultad para respirar | ☐ Hernia <small>(umbilical o inguinal)</small> |
| ☐ Accidente cerebrovascular | ☐ Histerectomía |
| ☐ Enfermedad de la tiroides | ☐ Reemplazo de articulación |
| ☐ Tumor/masa | ☐ Cirugía de rodilla |
| ☐ Tuberculosis/Exposición | ☐ De ovarios |
| ☐ Úlceras | ☐ Próstata |
| ☐ Fiebre del valle | ☐ Cirugía de hombro |
| ☐ Otro: _____ | ☐ Biopsia de la piel |
| | ☐ Esplenectomía |
| | ☐ Tiroides |
| | ☐ Amigdalectomía |
| | ☐ Vasectomía |
| | ☐ Otro: |

Antecedentes de cáncer*:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Mama | ☐ Próstata | ☐ Estómago |
| ☐ Colon | ☐ Ovario | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Pulmón | ☐ Piel | |

PATIENT NAME: _____

MRN: _____

DOB: _____

Health Assessment

Please complete the following information regarding the patient's biological family.

 If the biological family history is unknown please check here: ☐

FAMILY HISTORY			
Problem	Biological Mother/Type	Biological Father/Type	Biological Siblings/Type
Developmental Delays			
Diabetes			
Cardiac Problems			
Kidney Disease			
Thyroid Problems			
Stroke			
Liver Disease			
High Cholesterol			
Seizures/Epilepsy			
Heart Murmur			
Psychiatric Illness			
Cancer/Type			
Gastric Reflux			
Arthritis			
Other			

Obstetrical History:

Pregnancies _____ # Deliveries _____

Miscarriages _____ # Abortions _____

Contraception/Type: _____

Menarche (Age Menstruation Began) _____

Date of Last Menstrual Period _____

Clinicians you see: Please include name, specialty and phone number.

Vaccination(s) & Date:

☐ Tetanus	_____
☐ TDAP (Tetanus/Diphtheria/Pertussis)	_____
☐ Hepatitis A	_____
☐ Hepatitis B	_____
☐ MMR	_____
☐ Varicella	_____
☐ Shingles	_____
☐ Other:	_____

Pharmacy Information*:

Name: _____ Phone: _____ Location: _____ Mail Order Pharmacy: _____

*If multiple, please use space to list any/all preferred pharmacies

Preferred Lab:

Name: _____

 Do you have an Advanced Directive in Place (Living Will and/or Medical Durable Power of Attorney)? ☐ Yes ☐ No

FOR OFFICE USE ONLY

Date: _____	Medical Record # _____
-------------	------------------------

 Advanced Directives: ☐ Patient refused

☐ Scanned in Chart ☐ Pt Completed AD at Home ☐ Provided AD Informational Brochure ☐ Pt Requested More Information

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: _____

F. DE NAC.: _____

Evaluación de la salud

Complete la siguiente información sobre la familia biológica del paciente.

Si la historia familiar biológica es desconocida, marque aquí: ☐

ANTECEDENTES FAMILIARES

Problema	Madre biológica/tipo	Padre biológico/tipo	Hermanos biológicos/tipo
Retrasos de desarrollo			
Diabetes			
Problemas cardíacos			
Enfermedad renal			
Problemas de tiroides			
Accidente cerebrovascular			
Enfermedad hepática			
Colesterol alto			
Convulsiones/Epilepsia			
Soplo cardíaco			
Enfermedad psiquiátrica			
Cáncer/tipo			
Reflujo gástrico			
Artritis			
Otro			

Antecedentes obstétricos:

Embarazos _____ # Partos _____

Abortos espontáneos _____ # Abortos _____

Anticoncepción/tipo: _____

Menarquia (edad en que comenzó la menstruación) _____

Fecha del último período menstrual _____

Profesionales clínicos que ve:

Incluya el nombre, la especialidad y el número de teléfono.

Vacuna(s) y fecha:

- ☐ Tétanos _____
- ☐ TDAP (Tétanos/Difteria/Tos ferina) _____
- ☐ Hepatitis A _____
- ☐ Hepatitis B _____
- ☐ MMR (sarampión, paperas y rubéola) _____
- ☐ Varicela _____
- ☐ Herpes _____
- ☐ Otro: _____

Información de la farmacia*:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Ubicación: _____ Farmacia de pedidos por correo: _____

*Si son múltiples, use el espacio para enumerar cualquier/todas las farmacias preferidas

Laboratorio de preferencia:

Nombre: _____

¿Tiene una directiva avanzada (testamento en vida y/o poder médico duradero)? ☐ Sí ☐ No

SOLO PARA USO INTERNO

Fecha: _____ N.º de historia clínica: _____

Directivas anticipadas: ☐ El paciente se negó ☐ Escaneado en el registro ☐ El paciente completó la DA en casa
☐ Se proporcionó el folleto informativo de las DA ☐ El paciente solicitó más información

Annual Screening Questionnaire

PATIENT NAME: _____

MRN: _____

DOB: _____

PREVENTATIVE CARE

Date of last Flu Vaccine:		(Ages 65+) Pneumonia Vaccine (yr/type):	
(Ages 50+) colorectal cancer screening (type/yr/result):	Type: Year: Result:	(Ages 65+) Bone Density:	Date:
Do you see an OB/GYN? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A		If yes, name:	
Mammogram (Ages 50+):	Results:	Date of last:	Location:
Pap smear: ☐ Yes ☐ No ☐ N/A		Date of last:	Have you had an abnormal pap smear? ☐ Yes ☐ No

SOCIAL HABITS

Have you ever used tobacco/nicotine products? ☐ Yes ☐ No	If so, what kind?
Current tobacco/nicotine user? ☐ Yes ☐ No	How many years?
Date quit tobacco/nicotine, if applicable:	Current user: interested in quitting? ☐ Yes ☐ No
Have you ever used THC (marijuana or CBD) products? ☐ Yes ☐ No	If so, what kind?
Current THC (marijuana or CBD) user? ☐ Yes ☐ No	How many years?
Date quit THC (marijuana or CBD), if applicable:	Current user: interested in quitting? ☐ Yes ☐ No
Do you drink alcohol? ☐ Yes ☐ No	If so, what kind?
How much/How often?	Current user: interested in quitting? ☐ Yes ☐ No
Do you exercise? ☐ Yes ☐ No	If so, how often?
Do you use caffeine? ☐ Yes ☐ No	If so, how often?
Do you drink soda or other sugar-sweetened beverages? ☐ Yes ☐ No	If so, how often?
Do you use illicit drugs? ☐ Yes ☐ No	If so, what kind?
How much/How often?	Current user: interested in quitting? ☐ Yes ☐ No

FALL RISK ASSESSMENT – AGES 65 AND OLDER

Have you had a fall in the past year?	☐ Yes ☐ No
If yes, how many falls:	☐ 1 w/o injury ☐ 1 w/ injury ☐ 2+ (w/wo injury)
Are you unsteady walking, or, do you request assistance?	☐ Yes ☐ No
Do you use any assistive device (i.e: cane, walker, wheelchair)?	☐ Yes ☐ No Type: _____

DEPRESSION SCREENING PHQ-9 (PLEASE CIRCLE THE APPROPRIATE NUMBER TO YOUR RESPONSE)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
Little interest or pleasure in doing things?	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
Poor appetite or overeating	0	1	2	3
Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching TV	0	1	2	3
Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

Total =

How difficult have those problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	☐ Not difficult at all ☐ Somewhat difficult ☐ Very difficult ☐ Extremely difficult			
Do you currently have problems getting food, transportation, or affordable housing?	☐ Yes ☐ No *Staff: If answer is "Yes" please provide the full 10 SDOH form to patient.			
Do you have problems with obtaining your prescriptions?	☐ Yes ☐ No			

Cuestionario de examen de detección anual

CUIDADO PREVENTIVO

Fecha de la última vacuna contra la gripe:		(Edades 65+) Vacuna contra la neumonía (año/tipo):	
(Edades 50+) prueba de cáncer colorrectal (tipo/año/resultado):	Tipo: Año: Resultado:	(Edades 65+) Densidad ósea:	Fecha:
¿Ve a un ginecólogo? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C		Si es así, nombre:	
Mamografía (Edades 50+):	Resultados:	Fecha de la última vez:	Ubicación:
Prueba de Papanicolaou: ☐ Sí ☐ No ☐ N/C		Fecha de la última vez:	¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal de Papanicolaou? ☐ Sí ☐ No

HÁBITOS SOCIALES

¿Ha usado alguna vez productos de tabaco/nicotina? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿de qué tipo?
¿Usa actualmente tabaco/nicotina? ☐ Sí ☐ No	¿Cuántos años?
Fecha en que dejó el tabaco/nicotina, si corresponde:	Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez ha usado productos de THC (marihuana o CBD)? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿de qué tipo?
¿Usuario actual de THC (marihuana o CBD)? ☐ Sí ☐ No	¿Cuántos años?
Fecha en que dejó el THC (marihuana o CBD), si es aplicable:	Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? ☐ Sí ☐ No
¿Consume bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿de qué tipo?
¿Cuánto/Con qué frecuencia?	Usuario actual: ¿interesado en dejarlo? ☐ Sí ☐ No
¿Hace ejercicio? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿con qué frecuencia?
¿Usa cafeína? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿con qué frecuencia?
¿Bebe refrescos u otras bebidas azucaradas? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ¿con qué frecuencia?
¿Utiliza drogas ilícitas? ☐ Sí ☐ No	If so, what kind?
¿Cuánto/Con qué frecuencia?	Current user: interested in quitting? ☐ Yes ☐ No

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS -- 65 AÑOS Y MÁS

¿Ha tenido una caída en el último año?	☐ Sí ☐ No
Si es así, ¿cuántas caídas?	☐ 1 sin lesión ☐ 1 con lesión ☐ 2+ (con/sin lesión)
¿Camina inestablemente o pide ayuda?	☐ Sí ☐ No
¿Utiliza algún dispositivo de asistencia (es decir: bastón, andador, silla de ruedas)?	☐ Sí ☐ No Tipo:: _____

EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN PHQ-9 (ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO APROPIADO PARA SU RESPUESTA)

¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Ninguna	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Siente poco interés o agrado en hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Se siente desanimado, deprimido o desesperanzado?	0	1	2	3
Problemas para quedarse dormido, permanecer dormido o dormir demasiado.	0	1	2	3
Sentir cansancio o falta de energía.	0	1	2	3
Disminución del apetito o sobrealimentación.	0	1	2	3
Falta de conformidad con uno mismo o sentimiento de fracaso o de haber decepcionado a su familia.	0	1	2	3
Problemas de concentración; como por ejemplo, al leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
¿Se desplaza o habla tan despacio que otros lo notan? O bien, lo contrario; estar inquieto o alterado, de manera que se desplace de un lugar a otro más de lo normal.	0	1	2	3
Pensamientos sobre que estaría mejor muerto o deseos de lastimarse a sí mismo de alguna manera.	0	1	2	3

Total =

¿Qué tan difícil le han resultado esos problemas para hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

☐ Nada difícil ☐ Bastante difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil

¿Tiene actualmente problemas para conseguir comida, transporte o una vivienda asequible?

☐ Sí ☐ No

*Personal: Si la respuesta es "Sí", proporcione el formulario 10 SDOH completo al paciente.

¿Tiene problemas para obtener sus recetas?

☐ Sí ☐ No

PATIENT NAME: _____

MRN: _____

DOB: _____

JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR HEALTH INFORMATION (NPP) ACKNOWLEDGMENT FORM

Effective April 14, 2003, the law requires that Dignity Health Medical Group give every patient a copy of its Notice of Privacy Practices for Health Information. We will give you a copy at the time of first treatment and if we change our notice, thereafter at the next treatment visit. By signing below, the patient acknowledges receipt of such, or if you are the patient's personal representative, or authorized agent, or involved in patient's medical care, you acknowledge receipt of such.

_____
Acknowledgment Signature_____
Date_____
If not by patient, print name_____
Relationship to Patient

For Official Use

I provided a copy of the NPP to the patient (or personal representative) but was unable to obtain his or her written acknowledgment of receipt of such for the following reasons:

I have attempted to provide to the patient (or personal representative) a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:

Signature of Medical Group Representative: _____ Date: _____

Print Name: _____ Department: _____

PATIENT NAME: _____

MRN: _____

DOB: _____

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE RECIBO: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD

Con vigencia a partir del 14 de abril del 2003, la ley requiere que Dignity Health Medical Group proporcione al paciente una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad sobre información de salud. Le daremos una copia en el momento del primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, a partir de entonces en la siguiente visita para tratamiento. Al firmar abajo, usted reconoce que recibió tal aviso como paciente, representante del paciente o su agente debidamente autorizado, o como individuo quien participa en la atención médica del paciente.

Nombre de paciente: _____ Expediente clínico # _____

Firma

Fecha

Si no firma el paciente, escriba el nombre del firmante en letra de imprenta

Relación al paciente

For Official Use

I provided a copy of the NPP to the patient (or personal representative) but was unable to obtain his or her written acknowledgment of receipt of such for the following reasons:

I have attempted to provide to the patient (or personal representative) a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:

Signature of Medical Group Representative: _____ Date: _____

Print Name: _____ Department: _____



Dignity Health Medical Group

Aviso conjunto sobre las prácticas de privacidad para la información médica

You can later cancel your permission by notifying us in writing.

- the sale of your medical information.
- special notes about you made by therapists and counselors that are not part of your medical record.

We are required by law to:

- keep medical information about you private.
- give you this notice describing our legal duties and privacy practices for medical information about you.
- notify you as outlined in state and federal law if a breach of unsecured medical information about you has occurred.
- follow the terms of the notice that is currently in effect.

HOW WE MAY USE AND SHARE YOUR MEDICAL INFORMATION

This section of our notice tells how we may use medical information about you. In all cases not covered by this notice, we will get a separate written permission from you before we use or share your medical information. We will ask you for permission in writing before we use or share your medical information for any of the following reasons:

- marketing an item or service that is not related to treatment for you or when we are paid to market to you.
 - special notes about you made by therapists and counselors that are not part of your medical record.
 - the sale of your medical information.
- You can later cancel your permission by notifying us in writing.

OUR PLEDGE TO YOU

We understand that medical information about you is private and personal. We are committed to protecting it. Hospitals, doctors and other staff make a record each time you visit. This notice applies to the records of your care at the facility, whether created by hospital staff or your doctor. Your doctor and other health care providers may have different practices or notices about their use and sharing of medical information in their own offices or clinics. We will gladly explain this notice to you or your family member.

WHO MUST FOLLOW THIS NOTICE?

We (the facility) provide you (the patient) with health care by working with doctors and many other health care providers (referred to as **we, our or us**). This is a joint notice of our information privacy practices. The following people or groups will follow this notice:

Joint Notice of Privacy Practices for Medical Information



Dignity Health Medical Group

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. LEALO CON ATENCIÓN.

¿QUIÉNES DEBEN CUMPLIR ESTE AVISO?

Nosotros (el centro) le brindamos a usted (el paciente) atención de salud a través de los médicos y muchos otros proveedores de servicios de salud (a los que se denominan **nosotros** o **nuestro**). Este es un aviso conjunto sobre nuestras prácticas de privacidad de la información. Las siguientes personas o grupos deben cumplir este aviso:

- Cualquier proveedor de servicios de salud que venga a nuestros centros a atenderlo. Dichos profesionales incluyen médicos, enfermeras, técnicos y asistentes médicos, entre otros.
- Todos los departamentos y unidades de nuestra organización, que incluyen enfermería especializada, servicios de atención domiciliar, clínicas y servicios ambulatorios, unidades móviles, centros de cuidados paliativos y el Departamento de Urgencias.
- Nuestros empleados, estudiantes y voluntarios, incluidas las oficinas de apoyo regional y las empresas afiliadas.
- Los socios empresariales independientes que trabajan en nuestro nombre para ayudar a proporcionar los instrumentos de tecnología y asistirlo con las operaciones de atención a la salud.

NUESTRO COMPROMISO HACIA USTED

Entendemos que su información médica es privada y personal, y estamos comprometidos a protegerla. Los hospitales, los médicos y otro tipo de personal crean un registro cada vez que realiza una visita. Este aviso se aplica a los registros de atención en el centro, ya sea si fueron creados por el personal del hospital o por su médico. Su médico y otros proveedores de servicios de salud pueden tener diferentes prácticas o avisos con respecto a usar y compartir la información médica en sus propias consultas o clínicas. Con gusto le explicaremos este aviso a usted o a su familia.

La ley nos exige:

- resguardar la privacidad de su información médica;
- entregarle este aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica;
- notificarle tal como se establece en la ley federal y estatal si se ha puesto en peligro la seguridad de su información médica;
- cumplir los términos del aviso que está vigente.

CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Esta sección de nuestro aviso indica la manera en que podemos usar su información médica. En todos los casos no cubiertos por este aviso, le pediremos un permiso escrito antes de usar o compartir su información médica. Le pediremos su permiso por escrito antes de que usemos o compartamos su información médica por cualquiera de los siguientes motivos:

- marketing un producto o servicio no relacionado con el tratamiento para usted o cuando se nos paga para que le hagamos marketing;
- avisos especiales sobre usted realizados por terapeutas y consejeros que no forman parte de su registro médico;
- la venta de su información médica.

Más adelante usted puede cancelar su permiso notificándonos por escrito.

Protegeremos su información médica tanto como lo permita la ley. A veces la ley estatal proporciona mayor protección a la información médica que la federal. Y a veces, ocurre lo contrario. En cada caso, aplicaremos la ley que mejor proteja su información médica.

Dignity Health es un sistema de salud extenso. Podemos usar o compartir su información médica (en forma electrónica o impresa) con el personal hospitalario, incluidos médicos de cualquier hospital o centro de Dignity Health para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. Comuníquese con la Oficina de Cumplimiento del centro (la dirección se encuentra más abajo) para obtener una lista de todos los centros de Dignity Health.

EJEMPLOS:

Tratamiento: Usaremos y compartiremos su información médica para fines de tratamiento. Un ejemplo es cuando se envía información médica sobre usted a su médico o a un especialista al derivarlo.

Pago: Usaremos y compartiremos su información médica de manera que podamos recibir el pago por atenderlo. Un ejemplo es cuando se entrega información sobre usted a su plan de salud o a Medicare.

Operaciones de atención de salud: Usaremos y compartiremos su información médica para nuestras operaciones de atención de salud. Algunos ejemplos incluyen cuando se usa información sobre usted para mejorar la calidad de la atención que le brindamos, para programas de control de enfermedades, para encuestas de satisfacción del paciente, para reunir información médica, para eliminar cualquier identificación en la información médica y para la evaluación comparativa.

Recordatorios de citas: Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas.

Servicios y productos basados en Internet. Trabajando con un tercero podríamos ofrecerle productos o servicios basados en Internet que le permitan:

- fijar citas
- reducir los tiempos de espera en nuestras salas de urgencia
- ayudarlo a encontrar a un médico u ofrecerle acceso a su información médica.

Opciones de tratamiento, beneficios y servicios relacionados con la salud: Podemos comunicarnos con usted para informarle sobre opciones de tratamiento posible, servicios o beneficios relacionados con la salud que podría desear.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar información limitada para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos. También podemos compartir dicha información con nuestra fundación de recaudación de fondos. Puede elegir no recibir solicitudes o contactos para recaudación de fondos.

Investigación: Podemos compartir su información médica para proyectos de investigación como, por ejemplo, el estudio de la eficacia del tratamiento que recibió. Generalmente le pediremos su permiso por escrito para usar o compartir su información médica para fines de investigación. Según ciertas circunstancias podemos compartir su información médica sin su permiso por escrito. Sin embargo, estos proyectos de investigación, deben pasar por un proceso especial que protege la confidencialidad de su información médica.

Directorio del establecimiento: A menos que nos diga lo contrario, podemos incluir su nombre, ubicación en el hospital, estado de salud general (bueno, regular, etc.) y su religión en nuestro directorio. Le entregaremos dicha información (excepto su religión) a cualquier persona que pregunte por su nombre. La información de su religión se la entregaremos sólo a los miembros del clero respectivo.

Salud pública: Podemos divulgar su información de salud según lo permitido o exigido por ley a autoridades de salud públicas o agencias gubernamentales cuyas actividades oficiales incluyan la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades. Por ejemplo, debemos informar cierta información sobre, nacimientos, fallecimientos y diversas enfermedades a las agencias gubernamentales. Podemos usar su información de salud con el propósito de informar a las agencias de control cualquier reacción a medicamentos o problemas con dispositivos médicos. Además, podemos divulgar, cuando se nos solicite, su información a agencias de salud públicas que mantienen registros de brotes de enfermedades contagiosas o que participan en la prevención de epidemias.

Según lo exige la ley: A veces, la ley nos exige que demos a conocer cierta información. Por ejemplo, debemos informar sobre agresiones, abusos o negligencias. También debemos entregar información a su empleador sobre enfermedades, lesiones relacionadas con el trabajo o sobre supervisión médica en el lugar de trabajo. Otro ejemplo es que compartiremos información sobre tumores con el registro de tumores estatal.

We will protect medical information as much as we can under the law. Sometimes state law gives more protection to medical information than federal law. Sometimes federal law gives more protection than state law. In each case, we will apply the laws that protect medical information the most.

Dignity Health is a large health system. We may use or share medical information about you (in electronic or paper form) with hospital personnel, including doctors, at any Dignity Health hospital or facility for treatment, payment and health care operations. Please contact the Facility Compliance Office (at the address at the bottom of the notice) for a list of all Dignity Health facilities.

EXAMPLES:

Treatment: We will use and share medical information about you for purposes of treatment. An example is sending medical information about you to your doctor or to a specialist as part of a referral.

Payment: We will use and share medical information about you so we can be paid for treating you. An example is giving information about you to your health plan or to Medicare.

Health Care Operations: We will use and share medical information about you for our health care operations. Examples are using information about you to improve the quality of care we give you, for disease management programs, patient satisfaction surveys, compiling medical information, de-identifying medical information and benchmarking.

Appointment Reminders: We may contact you with appointment reminders.

Internet Based Products and Services: Working with third party, we may offer you internet based products or services allowing you to

- schedule appointments
- wait times in our emergency rooms
- help you find a physician or offer you access to your medical information

Treatment options and health-related benefits and services: We may contact you about possible treatment options, health-related benefits or services that you might want.

Fund-raising Activities: We may use limited information to contact you for fundraising. We may also share such information with our fundraising foundation. You may choose to opt out of receiving fund-raising requests or contacts.

Research: We may share medical information about you for research projects, such as studying the effectiveness of a treatment you received. We will usually get your written permission to use or share medical information for research. Under certain circumstances we may share medical information about you without your written permission. These research projects, however, must go through a special process that protects the confidentiality of your medical information.

Facility Directory: Unless you tell us otherwise, we may list your name, location in the hospital, your general condition (good, fair, etc.) and your religious affiliation in our directory. We will give this information (except your religious affiliation) to anyone who asks about you by name. Your religious affiliation will be given only to appropriate clergy members.

Public Health: We may disclose your health information as required or permitted by law to public health authorities or government agencies whose official activities include preventing or controlling disease, injury, or disability. For example, we must report certain information about births, deaths, and various diseases to government agencies. We may use your health information in order to report to monitoring agencies any reactions to medications or problems with medical devices. We may also disclose, when requested, information about you to public health agencies that track outbreaks of contagious diseases or that are involved with preventing epidemics.

Required by Law: We are sometimes required by law to report certain information. For example, we must report assault, abuse, or neglect. We also must give information to your employer about work-related illness, injury or workplace-related medical surveillance. Another example is that we will share information about tumors with state tumor registries.

Public Safety: We may, and sometimes have to share medical information about you in order to prevent or lessen a serious threat to the health or safety of a particular person or the general public.

Health Oversight Activities: We may share medical information about you for health oversight activities where allowed by law. For example, oversight activities include audits investigations or inspections. The activities are necessary for government review of health care systems and government programs.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors: We may share medical information about deceased patients with coroners, medical examiners and funeral directors to identify a deceased person, determine the cause of death, or other duties as permitted.

Organ and Tissue Donation: We may share medical information with organizations that handle organ, eye or tissue donation or transplantation.

Military, Veterans, National Security and Other Government Agencies: We may use or share medical information about you for national security purposes, intelligence activities or for protective services of the President or certain other persons as allowed by law. We may share medical information about you with the military for military command purposes when you are a member of the armed forces. We may share medical information with the Secretary of the Department of Health and Human Services for investigating or determining our compliance with HIPAA.

Judicial Proceedings: We may use or share medical information about you in response to court orders or subpoenas only when we have followed procedures required by law.

Law Enforcement Arizona & Nevada: We may share medical information about you with police or other law enforcement personnel where permitted or required by state and federal law. For example, if the police present a search warrant or court order, we must produce the information requested.

Law Enforcement California: We may share medical information about you with police (or other law enforcement personnel) without your written permission:

- If the police bring you to the hospital and ask us to test your blood for alcohol or substance abuse
- If the police present a search warrant
- If the police present a court order
- To report abuse, neglect, or assaults as required or permitted by law
- To report certain threats to third parties
- If you are in police custody or are an inmate of a correctional institution and the information is necessary to provide you with health care, to protect your health and safety, the health and safety of others or for the safety and security of the correctional institution.

Family Members, Personal Representative, and Others Involved in Your Care: Unless you tell us otherwise, we may share medical information about you with friends, family members, or others you have named who help with your care or who can make decisions on your behalf about your healthcare.

Disaster Relief Purposes: We may use or share medical information about you with public or private disaster organizations so that your family can be notified of your location and condition in case of disaster or other emergency. We may also use it to help in coordination of disaster relief efforts.

Electronic Sharing and Pooling of Your Information: We may take part in or make possible the electronic sharing or pooling of healthcare information. This helps doctors, hospitals and other healthcare providers within a geographic area or community provide quality care to you. If you travel and need medical treatment, it allows other doctors or hospitals to electronically contact us about you. All of this helps us manage your care when more than one doctor is involved. It also helps us to keep your health bills lower (avoid repeating lab tests). And finally it helps us to improve the overall quality of care provided to you and others. We are involved in the Affordable Care Act and may use and share information as permitted to achieve national goals related to meaningful use of electronic health systems.

We also may make your information available to health plans, doctors, hospitals, and health care providers through the electronic health information exchange(s) [HIE] identified below. If you do not want your information to be available in a particular HIE, you can "opt out" by going to the HIE's website and follow the instructions to opt-out. Health Current (formerly HINAZ) <https://healthcurrent.org/hie-participants/patient-rights-process/>. If you do choose to opt out, the HIE will not allow any HIE participants, including emergency medical providers, to access your information electronically through the HIE.

Seguridad pública: Podemos, y a veces estamos obligados a compartir su información médica para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.

Actividades de supervisión de salud: Podemos compartir su información médica para actividades de supervisión cuando sea permitido por la ley. Por ejemplo, actividades de supervisión incluyen inspecciones o investigaciones de auditoría. Estas actividades que son necesarias para la revisión de los sistemas de atención a la salud gubernamentales y programas del gobierno.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias: Podemos compartir información médica sobre pacientes fallecidos con los jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias para identificar a la persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas según estén permitidas.

Donación de órganos y tejidos: Podemos compartir información médica con organizaciones que manejan la donación o trasplante de órganos, corna o tejidos.

Militares, veteranos, seguridad nacional y otros propósitos de gobierno: Podemos usar o compartir su información médica para fines de seguridad nacional, actividades de inteligencia o servicios de protección del presidente u otras personas determinadas según lo permita la ley. Podemos compartir su información médica con el ejército para propósitos de mando militar cuando usted sea miembro de las fuerzas armadas. Podemos compartir información médica con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para la investigación o determinación de nuestro cumplimiento con la HIPAA.

Procedimientos judiciales: Podemos usar o compartir su información médica en respuesta a órdenes judiciales o citaciones solo cuando hayamos seguido los procedimientos exigidos por la ley.

Cumplimiento de la ley en Arizona y Nevada: Podemos compartir su información médica con la policía u otras autoridades cuando lo autoriza o exige la ley federal y estatal. Por ejemplo, si la policía presenta una orden de registro u orden de un tribunal, debemos presentar la información solicitada.

Cumplimiento de la ley en California: Podemos compartir su información médica con la policía (u otras autoridades) sin su permiso por escrito:

- Si la policía lo lleva al hospital y pide que se le realice un examen de sangre para detectar abuso de alcohol o sustancias adictivas.
- Si la policía presenta una orden de registro.
- Si la policía presenta una orden de un tribunal.
- Para denunciar abuso, negligencia o agresión según lo exige o permite la ley.
- Para denunciar ciertas amenazas a terceros.
- Si está bajo custodia policial o es recluso de una institución correccional y la información es necesaria para proporcionar atención de salud; para proteger su salud y seguridad, la salud y seguridad de otros o la seguridad de la institución correccional.

Familiares y otras personas que participan en su atención: A menos que nos indique lo contrario, podemos compartir su información médica con amigos, familiares u otros que usted haya indicado como personas que ayudan en su atención o que pueden tomar decisiones en su nombre sobre su atención a la salud.

Para fines de ayuda en casos de desastre: Podemos divulgar y compartir su información médica con organizaciones públicas o privadas que brindan socorro en casos de desastre de modo que su familia pueda ser notificada acerca de su ubicación y estado en caso de desastre u otra emergencia. También podemos utilizarlo para asistir en la coordinación de la ayuda en casos de desastre.

Divulgación y compilación electrónica de su información. Podemos participar o hacer posible la divulgación o compilación electrónica de información de salud. Esto ayuda a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención a la salud dentro de un área geográfica o comunidad a proporcionarle atención de calidad. Si viaja o necesita tratamiento médico, esto le permite a otros médicos u hospitales contactarnos por medios electrónicos con respecto a usted. Todo esto nos ayuda a manejar su atención cuando participa más de un médico. También nos ayuda a mantener bajas sus facturas por atención a la salud (evitar repetir análisis de laboratorio). Y por último nos ayuda a mejorar la calidad de atención en general que le proporcionamos a usted y a otros. Nosotros participamos de la Ley de atención asquible y podemos usar y compartir información según esté permitido para lograr los objetivos nacionales relacionados con el uso significativo de los sistemas de salud electrónicos.

YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION

Requesting Information about You:

If you want to see or get a copy of your medical information, you can ask us in writing, by mail, or in person. You may also ask us to give you a copy of your information on a CD or DVD. We will give you a copy of your information as soon as we can, but it may take up to 30 days. We will not charge you a fee for giving you a copy of your information. If you ask us for a copy of your information and we do not have it, we will tell you why not. We will also tell you how to get it if we can.

Correcting Information about You:

If you believe that your medical information is wrong or missing, you can ask us in writing to correct the information. We will give you a form to fill out to make the request. We may not be able to correct all of the information, but we will correct what we can. If you do not agree with our correction, you can ask us to put a statement in your file saying that you do not agree. We will also tell you how to get a copy of your information.

Obtaining a List of Certain Disclosures of Information:

You can ask us to receive a list of the disclosures we have made of your medical information for the last six years. We will give you a form to fill out to make the request. The first request in a 12-month period will be free. We will charge you for any additional requests for our cost of producing the list. We will give you an estimate of the cost when you request the additional list.

Restricting How We Use or Share Information about You:

You can ask that medical information be given to you in a confidential manner. You must tell us in writing of the exact way we should place for us to communicate with you.

You can also ask us in writing that we limit our use or sharing of medical information about you. For example, you can ask that we use or share medical information about you only with persons involved in your care. Any time you ask us to restrict our use or sharing of medical information, we will consider the request and tell you in writing of our decision to accept or deny your request. We are legally required to agree to only one type of restriction request: if you have paid us in full for a health procedure or item for which we would normally bill your health plan, we must agree to your request not to share information about that procedure or item with your health plan.

All written requests or requests for review of denials should be given to our Facility Compliance Office listed at the end of this notice.

CHANGING THIS NOTICE

We may change our privacy practices from time to time. Changes will apply to current medical information, as well as new information after the change occurs. If we make an important change, we will change our notice. We will also post the new notice in our facilities and on our Web site at: www.DignityHealth.org/privacy. You can ask in writing for a copy of this notice at any time by contacting the Dignity Health Compliance Office. If our notice has changed, we will give you a copy of the notice the next time you register for treatment.

DO YOU HAVE CONCERNS?

If you think your privacy rights may have been violated, you may contact the Dignity Health Compliance Office Hotline at 800-443-1986 or by email at privacy.office@dignityhealth.org. Finally, you may send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights. Our Facility Compliance Office can provide you the address. We will not take any action against you for filing a complaint.

St. Joseph's Medical Center

Dignity Health Compliance Office

Dignity Health Compliance Office Phone: 800-443-1986

Dignity Health Compliance Office Fax: 415-591-6279

Version effective: January 22, 2018

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 1-800-443-1986 o por correo electrónico a privacy.office@dignityhealth.org. Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¿TIENE DUDAS O RECLAMOS?

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 1-800-443-1986 o por correo electrónico a privacy.office@dignityhealth.org. Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 1-800-443-1986 o por correo electrónico a privacy.office@dignityhealth.org. Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 1-800-443-1986 o por correo electrónico a privacy.office@dignityhealth.org. Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 1-800-443-1986 o por correo electrónico a privacy.office@dignityhealth.org. Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 1-800-443-1986 o por correo electrónico a privacy.office@dignityhealth.org. Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 1-800-443-1986 o por correo electrónico a privacy.office@dignityhealth.org. Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health al 1-800-443-1986 o por correo electrónico a privacy.office@dignityhealth.org. Finalmente, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nuestra Oficina de Cumplimiento del centro puede entregarle la dirección. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

Todas las solicitudes por escrito o las solicitudes de reconsiderar los rechazos se deben entregar en nuestra Oficina de Cumplimiento del centro mencionado al final de este aviso.

LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

Call 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7200).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

주의: 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, արյւ ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական օգնությունները: Զանգահարեք 1-800-443-1986 TTY (helenushay) 1-800-855-7100):

توجه: اگر یہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 1-800-855-7100) تماس بگیرید.

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-443-1986

(TTY: 1-800-855-7100) まで、お電話にてご連絡ください。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-443-1986 (телетайп: 1-800-855-7100).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-443-1986

(TTY: 1-800-855-7100) पर कॉल करें।

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

هاتف الصم والبكم: 1-800-443-1986.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Appelez le 1-800-443-1986 (ATS: 1-800-855-7100).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਾਮਾ ਵੱਧਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-8100) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-443-1986 (TTY:1-800-855-7100).

St. Joseph's Medical Center

Oficina de Cumplimiento de Dignity Health

Nº telefónico de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health: 1-800-443-1986

Nº de fax de la Oficina de Cumplimiento de Dignity Health: 415-591-6279

Version vigente a partir de: enero 22,2018.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-443-1986 (TTY:1-800-855-7200).

Helpful Information about Your Provider Visit

1. Please bring the following items to your appointment:

- Photo ID
- Insurance Card
- Co-Payment (if any)
- Current medication list
- Any records/results requested for your appointment

2. Arrival Instructions

Please ensure your clinic arrival time is 15-30 minutes before you will meet with the provider to allow time for parking and completing paperwork.

3. Obtaining Insurance Prior Authorization and Referrals

Many insurance plans require a mandatory prior authorization before a specialist can be seen. Please check with your insurance company to see if this is required on your plan before you come for your appointment. Your provider's office will have a staff member who handles prior authorizations and will be able to answer any of your questions. Authorization must be received prior to your scheduled appointment. Failure to receive prior authorization/referral may result in the need to reschedule your appointment to a later date. Please contact your insurance company for more information.

4. Telephone Communications

Calls to 602.406.DHMG are answered from 7 a.m.-6 p.m., Monday thru Friday. Our team is equipped to handle general questions and can direct calls as appropriate. Additionally, our answering service is here to assist you after hours and on weekends or holidays. If necessary, the on-call provider can be contacted. For a life-threatening medical emergency, please call 9-1-1 immediately to activate your local Emergency Medical Service.

5. Written Communications

Please do not fax any time-sensitive communication or urgent medical advice questions to the office.

6. Electronic Communications

Dignity Health Medical Group uses an electronic patient portal. During the scheduling of your appointment, will be asked to provide an email address for enrollment purposes. Please discuss the procedure for secure electronic communications with your individual doctor or medical assistant.

7. Medical Questions

Please call the office directly to discuss any concerns about your medical condition or if you have questions about your medications or laboratory results. If your call is of an urgent nature, please call the main number and inform the staff that you need urgent assistance.

REMEMBER, for a true medical emergency do not wait for a return call from the office. Instead, call 9-1-1 to activate your local Emergency Medical Service.

8. Appointment Reminder

You will receive an automated message via text, email and/or telephone call to remind you of your appointments. Please listen to the message and select one of the following message options:

- Confirmation of your appointment
- Cancellation of your appointment and reschedule request
- General clinic information including address and hours of operation
- Request to not receive future appointment reminders

If you do not wish to receive an appointment reminder, please contact the front office staff.

9. Cancellation of Scheduled Appointments

Should you need to cancel and reschedule an appointment, we ask that you kindly notify us as soon as possible and not later than 24 hours prior to the appointment so we can reschedule you in a timely manner and offer the open slot to another patient. If you are late for your appointment, you may have to be rescheduled. Multiple

Información útil sobre la visita a su proveedor

1. Traiga lo siguiente a su cita:

- Documento de identidad con foto
- Tarjeta del seguro
- Copago (de haberlo)
- Lista de medicamentos actuales

2. Instrucciones al llegar

Favor de llegar entre 15 y 30 minutos antes de su cita para poder estacionarse y llenar papeles.

3. Obtener autorización previa del seguro y remisiones

Muchos planes de seguro exigen una autorización previa antes de que pueda examinarlo un especialista. Le agradecemos consultar con su compañía de seguros para ver si su plan lo requiere antes de que venga a su consulta. El consultorio de su proveedor tiene una persona que se encarga de las autorizaciones previas y podrá responder cualquiera de sus preguntas. La autorización debe recibirse antes de la cita programada. Si no obtiene autorización previa ni remisión, podría ser necesario que se re programe la consulta para una fecha posterior. Le agradecemos comunicarse con su compañía de seguros para obtener más información.

4. Comunicaciones telefónicas

Los teléfonos de la clínica se atienden solamente de lunes a viernes de las 7 a.m. a las 6 p.m. Nuestro personal se encuentra preparado para contestar sus preguntas generales y pueden pasar las llamadas al personal que le corresponden. Fuera del horario de trabajo y los fines de semana o los días feriados, lo atenderá nuestro servicio de contestador. Si es necesario, ellos se pondrán en contacto con el proveedor de guardia. Para casos de emergencia médica en los que la vida corra peligro, le agradecemos llamar de inmediato al 9-1-1 para activar su Servicio de Emergencia Médica local.

5. Comunicación por escrito

Le agradecemos no enviar por fax ninguna comunicación urgente, ni preguntas para obtener consejo médico urgente.

6. Comunicaciones electrónicas

Dignity Health Medical Group usa un portal electrónico para pacientes. Al programar su

consulta, le pedirán que facilite una dirección de correo electrónico con la finalidad de afiliarlo. Por favor, hable acerca del procedimiento para comunicaciones electrónicas seguras con su médico individual o con el asistente del médico.

7. Preguntas médicas

Le agradecemos llamar directamente al consultorio para hablar de sus inquietudes sobre su afección médica o si tiene preguntas sobre sus medicamentos o resultados de laboratorio. Si su llamada es por una emergencia, llame al número principal e informe al personal que requiere asistencia urgente.

RECUERDE, no espere que el consultorio le devuelva la llamada si se trata de una emergencia médica real. En vez de eso, llame al 9-1-1 para activar su Servicio de Emergencia Médica local.

8. Recordatorio de citas

Recibirá un mensaje automático de texto, un correo electrónico o una llamada telefónica para recordarle sus citas. Escuche el mensaje y seleccione una de las siguientes opciones:

- Marque 1 para confirmar su cita
- Marque el 2 para volver a escuchar este mensaje.
- Marque el 3 para cancelar o volver a programar la cita
- Marque el 4 para información sobre cómo llegar al consultorio

Si no desea recibir un recordatorio de su cita, por favor avise al personal administrativo.

9. Cancelación de citas programadas

Si necesitara cancelar o reprogramar una cita, le pedimos que amablemente nos avise tan pronto como sea posible, y con una anticipación no menor de 24 horas al momento programado de la cita, para que podamos reprogramar su cita y ofrecer el turno disponible a otro paciente. Si se le hace tarde para llegar a su cita, puede ser necesario reprogramarla. Múltiples cancelaciones o falta de acudir a las citas afectará nuestra capacidad para brindarle atención médica.

cancellations with less than 24 hours notice or failure to show will impact our ability to care for you.

10. Pharmacy Refills

For refills on medications prescribed by a doctor from this office only, please ask your pharmacy to fax a refill request to our office directly. It is important that you do not run out of your prescribed medications. Please plan ahead for refills and allow 3 business days for faxed refill requests to be processed and returned to the pharmacy. Keep in mind that prescriptions for certain controlled substances require a hard copy prescription that cannot be called in or faxed. It is the policy of our doctors not to refill controlled substance prescriptions for our practice partners; therefore, you must obtain these prescriptions from your specific provider.

11. Test Ordering and Results

Your doctor may order diagnostic tests as part of your evaluation and care. Some insurance companies require prior authorization and approval before your test can be scheduled. Your doctor will submit orders for these tests and the staff within our Referrals and Authorization Department will send required documentation to obtain authorization from your insurance company prior to scheduling any test(s). Questions about this process can be directed to 602.406.3464 (DHMG). Upon receipt, office staff will arrange the delivery of results; most results can be expected within 3 weeks of testing and are available on the patient portal.

12. Medical Records

We are unable to share your medical records without a signed release from you. If you need a copy of your medical records from Dignity Health Medical Group, you will need to sign an authorization request; select records are also available via the patient portal.

You may also pick up a hard copy of your medical records, please note that a fee for this service may be incurred. If you require copies of your medical records, please contact us at 602.406.8988. Upon receiving your signed request, a copy of your records will be mailed within 2 weeks. Please ask our office staff if you have any questions.

Please note that in order for us to obtain records from other physician offices, additional forms may need to be completed and signed.

If you need records from a Dignity Health hospital—including lab tests or radiology results—please call the hospital directly and ask to be connected to the Health Information Department.

13. Billing Inquiries

Fees for services are due and payable at the time of your visit, including insurance co-payment. Patients are responsible for any services deemed “not-covered” by your plans. If you have questions about a bill you received that was generated from our office and doctor’s visit or procedure performed here, please contact our Billing Department at 866.621.7272.

14. Prompt Pay Discount

If you don’t have insurance or for uncovered services, you have an option to pay cash at the day of your appointment for a reduced fee. This program is called the Prompt Pay Discount. For more information on this program and to see if you qualify, please contact the main office.

15. Patient Satisfaction Survey

Here at Dignity Health Medical Group, we strive to provide an exceptional patient experience. One to four weeks after your visit, please expect to receive a survey via email or mail inquiring about your visit. Your response is confidential and we appreciate your feedback. We strive to provide a service where you will strongly agree that Dignity Health Medical Group delivers exceptional patient care.

If you have any questions, please speak with your provider or one of our staff members.

We look forward to providing healthcare for you and your entire family!

10. Resurtir medicamentos

Para volver a surtir medicamentos recetados por un médico de este consultorio únicamente, por favor solicite a su farmacia que envíe por fax una solicitud de reposición en forma directa a nuestro consultorio. Es importante que no se le acaben los medicamentos recetados. Le agradecemos planificar las reposiciones con antelación y dejar que transcurran 3 días laborales para que se procesen las solicitudes de reposición enviadas por fax y se devuelvan a la farmacia. Recuerde que las recetas de ciertas sustancias reguladas requieren una copia impresa de la receta que no puede dictarse por teléfono ni enviarse por fax. Es política de nuestros médicos no reponer recetas de sustancias reguladas de nuestras prácticas asociadas; por consiguiente, usted debe obtener dichas recetas de su médico particular.

11. Órdenes de pruebas y resultados

Quizá su médico ordene pruebas diagnósticas como parte de su evaluación y cuidado. Algunas compañías de seguros exigen autorización y aprobación previas antes de que pueda programarse su prueba. Su médico emitirá órdenes de estas pruebas por escrito y el personal de nuestro Departamento de Remisiones y Autorizaciones introducirá las notas clínicas del médico y obtendrá la debida autorización de su compañía de seguros antes de que pueda programarse su prueba. También prestarán asistencia para programarle estas pruebas. Si tiene alguna pregunta relacionada con este proceso llame al 602.406.3464 (DHMG). Al recibir los resultados, el consultorio hará arreglos para entregarle los resultados, la mayoría de los cuales pueden estar disponibles dentro de 3 semanas después de la prueba en el portal de pacientes en Internet.

12. Historias clínicas

No podemos divulgar su expediente clínico sin que usted firme una autorización. Si usted necesita una copia de su expediente de Dignity Health Medical Group, deberá firmar una autorización. Algunos archivos estarán disponibles en el portal de pacientes en Internet.

También puede recoger una copia de su expediente. Favor de tener en cuenta que se le puede cobrar una tarifa por el servicio. Si requiere copias de su expediente, le agradecemos llamar al 602.406.8988. Al recibir la autorización firmada, se le enviará por correo la copia de su expediente dentro de dos semanas. Si tiene alguna pregunta, por favor hágala al personal del consultorio.

Por favor tenga en cuenta que se puede requerir que llene o firme autorizaciones adicionales para que obtengamos su expediente de otro consultorio.

Si necesita su expediente de otro hospital de Dignity Health, incluidos los resultados de radiología o pruebas de laboratorio, por favor llame directamente al hospital y comuníquese con el departamento de información de salud (Health Information Department).

13. Consultas de facturación

Al momento de su consulta, debe pagar las tarifas por servicios, incluyendo el copago del seguro. Los pacientes asumen cualquier servicio que sus planes califiquen como “no cubierto”. Si tiene preguntas sobre una factura recibida que se emitió desde nuestro consultorio y de la consulta médica o el procedimiento que se realizó, le agradecemos comunicarse con nuestro Departamento de Facturación por el 866.621.7272.

14. Descuento por pago puntual

Si no tiene seguro o su compañía no cubre determinados servicios, tiene una opción de pagar un arancel reducido en efectivo el día de su cita. Este programa se llama Descuento por pago puntual. Para obtener más información y ver si cumple los requisitos para dicho programa, le agradecemos comunicarse con la oficina principal.

15. Encuesta de satisfacción del paciente

Aquí en Dignity Health Medical Group, nos esforzamos por brindar una experiencia excepcional para el paciente. Le agradecemos esperar que reciba una encuesta por correo electrónico o postal entre una y cuatro semanas después de su consulta, para hacerle preguntas sobre su consulta. Su respuesta es confidencial y agradecemos sus comentarios. Nos esforzamos por brindar un servicio con respecto al cual usted se encuentre completamente de acuerdo en que Dignity Health Medical Group brinda una excepcional atención al paciente.

Si tiene alguna pregunta, le agradecemos que hable con su médico o con alguno de los miembros del personal.

¡Esperamos brindarle atención médica a usted y a toda su familia!

Review of Systems

Please check only the symptoms you are experiencing today:

Allergy / Immunologic:

- ☐ Allergies
- ☐ Hepatitis
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Immunocompromised

Endocrine:

- ☐ Excessive thirst / urination
- ☐ Heat / cold intolerance
- ☐ Hormone problems

Musculoskeletal:

- ☐ Back pain
- ☐ Calcium problems
- ☐ Change in ring size or shoe size
- ☐ Joint pain / swelling
- ☐ Muscle joint weakness
- ☐ Problems with feet
- ☐ Thin bones

Cardiovascular:

- ☐ Chest Pain
- ☐ Cold extremities
- ☐ Irregular / fast heartbeat
- ☐ Numbness / weakness arms / legs
- ☐ Pain when walking
- ☐ Swelling of feet / ankles
- ☐ Varicose veins / phlebitis

Eyes:

- ☐ Change in vision
- ☐ Double vision
- ☐ Eye / vision problems
- ☐ Spots before eyes
- ☐ Wear glasses / contacts

Neurological:

- ☐ Change in speech
- ☐ Confusion
- ☐ Fainting
- ☐ Frequent headaches
- ☐ Headaches / Migraines
- ☐ Light headed / dizzy
- ☐ Numbness
- ☐ Paralysis
- ☐ Problem with balance
- ☐ Seizures

Constitutional:

- ☐ Change in appetite
- ☐ Change in energy
- ☐ Fatigue
- ☐ Fever
- ☐ Insomnia
- ☐ Recent weight change
- ☐ Stress

Gastrointestinal:

- ☐ Abdominal pain
- ☐ Bloody stool
- ☐ Change in bowel
- ☐ Constipation
- ☐ Diarrhea
- ☐ Loss of appetite
- ☐ Nausea / vomiting

Psychiatric:

- ☐ Anxiety
- ☐ Crying, frequent
- ☐ Memory loss / confusion
- ☐ Nervousness / depression

Derm / Breast / Integumentary

- ☐ Breast feeding
- ☐ Breast lump
- ☐ Breast pain
- ☐ Change in skin / hair / nails
- ☐ Hair loss
- ☐ Lesions
- ☐ Nipple discharge / bleeding
- ☐ Open skin sores
- ☐ Rash / dry skin / itching
- ☐ Sensitivity to light
- ☐ Ulcerations
- ☐ Yellow / jaundice

Genitourinary:

- ☐ Abnormal periods
- ☐ Bladder control problems
- ☐ Blood in urine
- ☐ Change in force of stream
- ☐ Frequent urination
- ☐ Incomplete emptying
- ☐ Kidney stones
- ☐ Painful / burning urination
- ☐ Painful intercourse
- ☐ Pelvic pain
- ☐ Sexually Transmitted Infections (STI)
- ☐ Stress incontinence
- ☐ Testicular / prostate pain
- ☐ Unable to keep erection
- ☐ Vaginal discharge

Ears / Nose / Mouth / Throat:

- ☐ Choking when swallowing
- ☐ Congestion
- ☐ Dental problems
- ☐ Earaches
- ☐ Frequent colds
- ☐ Food getting stuck in throat
- ☐ Hearing loss / ringing
- ☐ Hoarse voice
- ☐ Mouth sores
- ☐ Nose bleeds
- ☐ Sinus problems

Hematological / Lymphatic:

- ☐ Anemia
- ☐ Bleeding / bruising
- ☐ Enlarged lymph nodes
- ☐ History of blood transfusions
- ☐ Slow to heal after cuts
- ☐ Swollen or painful glands

Respiratory:

- ☐ Asthma / wheezing
- ☐ Bronchitis / pneumonia
- ☐ Cough
- ☐ Difficult breathing on exertion
- ☐ Painful breathing
- ☐ Shortness of breath
- ☐ Spitting up blood

Provider Acknowledgement:

Name: _____ Date: _____

Revisión de los Sistemas

Favor de marcar solamente los síntomas que está presentando hoy:

Alergias / Inmunológico:

- ☐ Alergias
- ☐ Hepatitis
- ☐ VIH / SIDA
- ☐ Inmunocomprometido

Endocrino:

- ☐ Sed excesiva / micción
- ☐ Intolerancia al calor / frío
- ☐ Problemas hormonales

Musculoesquelético:

- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Problemas de calcio
- ☐ Cambio en tamaño del anillo o calzado
- ☐ Dolor en las articulaciones / hinchazón
- ☐ Debilidad músculo articular
- ☐ Problemas con los pies
- ☐ Huesos débiles

Cardiovascular:

- ☐ Dolor torácico
- ☐ Extremidades frías
- ☐ Ritmo cardíaco rápido / irregular
- ☐ Entumecimiento / debilidad en los brazos / piernas
- ☐ Dolor al caminar
- ☐ Hinchazón de los pies / tobillos
- ☐ Venas varicosas / flebitis

Ojos:

- ☐ Cambios en la visión
- ☐ Visión doble

- ☐ Ojo/problemas con la visión
- ☐ Ver manchas flotantes
- ☐ Usa lentes / lentes de contacto

Neurológico:

- ☐ Cambios en el habla
- ☐ Confusión
- ☐ Desmayos
- ☐ Dolores de cabeza frecuentes
- ☐ Dolores de cabeza / migrañas
- ☐ Mareos / mareado
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Parálisis
- ☐ Problema con el equilibrio
- ☐ Convulsiones

Constitucional:

- ☐ Cambio en su apetito
- ☐ Cambios en la energía
- ☐ Fatiga
- ☐ Fiebre
- ☐ Insomnio
- ☐ Cambio de peso reciente
- ☐ Estrés

Gastrointestinal:

- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Sangre en las heces
- ☐ Cambios en hábitos intestinales
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Pérdida del apetito
- ☐ Náusea / vomito

Psiquiátrico:

- ☐ Ansiedad

- ☐ Llanto, frecuentemente
- ☐ Pérdida de la memoria frecuente / confusión
- ☐ Nerviosismo / depresión

Dermis / Mama / Integumentario

- ☐ Amamantando
- ☐ Bulto mamario
- ☐ Dolor mamario
- ☐ Cambio en la piel / cabello / uñas
- ☐ Pérdida del cabello
- ☐ Lesiones
- ☐ Secreción del pezón / sangrado
- ☐ Llagas abiertas en la piel
- ☐ Sarpullido / piel reseca / comezón
- ☐ Sensibilidad a la luz
- ☐ Ulceraciones
- ☐ Amarillo / ictericia

Genitourinario:

- ☐ Períodos anormales
- ☐ Problemas de control vesical
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Cambio en la fuerza del flujo
- ☐ Micción frecuente
- ☐ Evacuación incompleta
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Ardor durante micción / doloroso
- ☐ Coito doloroso
- ☐ Dolor pélvico
- ☐ Enfermedades de Transmisión Sexual
- ☐ Incontinencia por estrés
- ☐ Dolor prostático / testicular

- ☐ Incapacidad de mantener una erección
- ☐ Desecho vaginal

Oídos / Nariz / Boca / Garganta:

- ☐ Asfixia al deglutir
- ☐ Congestión
- ☐ Problemas dentales
- ☐ Dolor de oído
- ☐ Resfriados frecuentes
- ☐ Bloqueo de garganta con la comida
- ☐ Pérdida auditiva / zumbido
- ☐ Voz ronca
- ☐ Llagas orales
- ☐ Sangrado nasal
- ☐ Problemas sinusales

Hematológico / Linfático:

- ☐ Anemia
- ☐ Sangrado / hematomas
- ☐ Nódulos linfáticos engrandecidos
- ☐ Historial de transfusión de sangre
- ☐ Lenta cicatrización de una herida
- ☐ Glándulas inflamadas o con dolor

Respiratorio:

- ☐ Asma / sibilancias
- ☐ Bronquitis / neumonía
- ☐ Tos
- ☐ Dificultad para respirar al hacer esfuerzo
- ☐ Respiración dolorosa
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Expectoración con sangre

Reconocimiento del Médico:

Nombre: _____ Fecha: _____

Notice of Health Information Practices

You are receiving this notice because your healthcare provider participates in a non-profit, non-governmental health information exchange (HIE) called Health Current. It will not cost you anything and can help your doctor, healthcare providers, and health plans better coordinate your care by securely sharing your health information. This Notice explains how the HIE works and will help you understand your rights regarding the HIE under state and federal law.

How does Health Current help you to get better care? In a paper-based record system, your health information is mailed or faxed to your doctor, but sometimes these records are lost or don't arrive in time for your appointment. If you allow your health information to be shared through the HIE, your doctors are able to access it electronically in a secure and timely manner.

What health information is available through Health Current? The following types of health information may be available:

- Hospital records
- Radiology reports
- Medical history
- Allergies
- Medications
- Lab test results
- Clinic and doctor visit information
- Health plan enrollment and eligibility
- Other information helpful for your treatment

Who can view your health information through Health Current and when can it be shared? People involved in your care will have access to your health information. This may include your doctors, nurses, other healthcare providers, health plan and any organization or person who is working on behalf of your healthcare providers and health plan. They may access your information for treatment, care coordination, care or case management, transition of care planning, payment for your treatment, conducting quality assessment and improvement activities, developing clinical guidelines and protocols, conducting patient safety activities, and population health services. Medical examiners, public health authorities, organ procurement organizations, and others may also access health information for certain approved purposes, such as conducting death investigations, public health investigations and organ, eye or tissue donation and transplantation, as permitted by applicable law.

Health Current may also use your health information as required by law and as necessary to perform services for healthcare providers, health plans and others participating with Health Current.

The Health Current Board of Directors can expand the reasons why healthcare providers and others may access your health information in the future as long as the access is permitted by law. That information is on the Health Current website at healthcurrent.org/permitted-use.

You also may permit others to access your health information by signing an authorization form. They may only access the health information described in the authorization form for the purposes stated on that form.

Does Health Current receive behavioral health information and if so, who can access it? Health Current does receive behavioral health information, including substance abuse treatment records. Federal law gives special confidentiality protection to substance abuse treatment records from some substance abuse treatment programs. Health Current keeps these protected substance abuse treatment records separate from the rest of your health information. Health Current will only share these protected substance abuse treatment records it receives from these programs in two cases. One, medical personnel may access this information in a medical emergency. Two, you may sign a consent form giving your healthcare provider or others access to this information.

Notificación de Prácticas de la Información de la Salud

Usted está recibiendo esta notificación porque su proveedor de salud médica participa en una organización no gubernamental, sin fines de lucro, de intercambio de información de salud (HIE - por sus siglas en inglés) llamada Health Current. No le costará nada y podrá ayudar a su médico, proveedores de salud médica y sus planes de salud mejor coordinar su atención médica compartiendo de una manera segura su información de salud. Esta notificación explica cómo funciona el HIE y le ayudará a entender sus derechos respecto al HIE conforme las leyes estatales y federales.

De qué manera Health Current le ayuda a obtener mejor cuidado?

En un sistema de registro basados en papel, su información médica se envía por correo o fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si usted permite que su información de salud sea compartida mediante el HIE, sus médicos podrán acceder a su información electrónicamente de una manera segura y oportuna.

Qué información de salud está disponible mediante Health Current?

El siguiente tipo de información de salud se podrá disponer:

- Registros hospitalarios
- Antecedentes médicos
- Información de las consultas clínicas y médicas
- Medicamentos
- Alergias
- Inscripción y elegibilidad en los planes de salud
- Informes radiológicos
- Resultados de laboratorio
- Otra información útil para su tratamiento

Quién podrá ver y cuándo se podrá compartir su información de salud mediante Health Current?

Las personas que participan en su atención médica tendrán acceso a su información médica. Esto podría incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de salud médica, planes de salud y cualquier organización o persona trabajando en nombre de sus proveedores de salud y plan de salud. Ellos podrán acceder a su información para tratamiento, coordinación del cuidado, administración de casos o cuidados, transición de la planificación del cuidado, pagos de su tratamiento, conducir evaluaciones de calidad y actividades de mejora, desarrollar normas y protocolos clínicos, ejercer actividades de seguridad de los pacientes, y servicios de salud poblacional. Los examinadores médicos, las autoridades de salud pública, organizaciones de adquisición de órganos, y otros podrán acceder la información de salud para ciertos fines aprobados, tales como investigaciones de muerte, investigaciones de salud pública, y la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos según sea permitido por las leyes vigentes.

Health Current también podrá usar su información de salud según lo requiere la ley como sea necesario para llevar a cabo los servicios para los proveedores de salud, planes de salud y otras personas participando con Health Current.

La Junta Directiva de Health Current podrá ampliar las razones por las que los proveedores de salud y otros podrán acceder a su información de salud en el futuro mientras lo permita la ley. Esa información está en el sitio web de Health Current healthcurrent.org/permitted-use.

Usted podrá autorizar a otros acceder a su información de salud mediante la firma de un formulario de autorización. Ellos sólo podrán acceder a la información de salud descrita en la forma de autorización para los fines indicados en el formulario.

How is your health information protected? Federal and state laws, such as HIPAA, protect the confidentiality of your health information. Your information is shared using secure transmission. Health Current has security measures in place to prevent someone who is not authorized from having access. Each person has a username and password, and the system records all access to your information.

Your Rights Regarding Secure Electronic Information Sharing You have the right to:

1. Ask for a copy of your health information that is available through Health Current. To make this request, complete the Health Information Request Form and return it to your healthcare provider.
2. Request to have any information in the HIE corrected. If any information in the HIE is incorrect, you can ask your healthcare provider to correct the information.
3. Ask for a list of people who have viewed your information through Health Current. To make this request, complete the Health Information Request Form and return it to your healthcare provider. Please let your healthcare provider know if you think someone has viewed your information who should not have.

You have the right under article 27, section 2 of the Arizona Constitution and Arizona Revised Statutes title 36, section 3802 to keep your health information from being shared electronically through Health Current:

1. Except as otherwise provided by state or federal law, you may “opt out” of having your information shared through Health Current. To opt out, ask your healthcare provider for the Opt Out Form. Your information will not be available for sharing through Health Current within 30 days of Health Current receiving your Opt Out Form from your healthcare provider. **Caution:** If you opt out, your health information will NOT be available to your healthcare providers—even in an emergency.
2. If you opt out today, you can change your mind at any time by completing an Opt Back In Form and returning it to your healthcare provider.
3. If you do nothing today and allow your health information to be shared through Health Current, you may opt out in the future.

IF YOU DO NOTHING, YOUR INFORMATION MAY BE SECURELY SHARED THROUGH HEALTH CURRENT.

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7200).
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

주의: 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-800-443-1986 TTY (հեռատիպ) 1-800-855-7100):

فراهم می باشد. با 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100) まで、お電話にてご連絡ください。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-443-1986 (телетайп: 1-800-855-7100).

ध्यान दें: यदि आप हंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100) पर कॉल करें।

ملحوظة: إذا كنت تتحدث أذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. (0017-558-008-1) (رقم هاتف الصم والبكم: 6891-344-008-1)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-443-1986 (ATS: 1-800-855-7100).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.

Rufnummer: 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤਸੀ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਰਤਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-8100) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100).

Díí baa akó nínizín: Díí saad bee yánílt'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-800-443-1986 (TTY: 1-800-855-7100)

Recibe Health Current información de la salud conductual y si es así, ¿Quién la puede acceder?

Health Current recibe información de la salud conductual, incluyendo los registros médicos de tratamiento de abuso de sustancias. La ley federal otorga protección especial de confidencialidad a los registros médicos de tratamiento para algunos programas de abuso de sustancias. Health Current mantiene los registros médicos protegidos del tratamiento de abuso de sustancias aparte del resto de su información de salud. Health Current solamente compartirá los registros médicos protegidos de tratamiento de abuso de sustancias que reciba de estos programas en dos casos. Uno, el personal médico podrá acceder a esta información en caso de una emergencia médica. Dos, usted podrá firmar un formulario de consentimiento para dar a su proveedor de salud médica u otros acceso a esta información.

Cómo se protege su información de salud?

Las leyes federales y estatales, tales como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información de salud. Se comparte la información mediante una transmisión segura. Health Current toma medidas de seguridad para evitar que alguien no autorizado tendrá acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

Sus derechos respecto al Intercambio Seguro de Información Electrónica

Usted tiene el derecho a:

1. Pedir una copia de su información de salud que está disponible mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica.
2. Pedir corregir toda información en el HIE. Si alguna información en el HIE esta incorrecta, usted puede pedirle a su proveedor de salud médica que corrija la información.
3. Pedir una lista de las personas que han visto a su información mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica. Favor de notificar a su proveedor de salud médica si usted cree que alguien que no debería ha visto a su información.

Usted tiene derecho según el artículo 27, sección 2 por la Constitución de Arizona y los Estatutos

Revisados de Arizona título 36, sección 3802 para prevenir que su información médica sea compartida electrónicamente mediante Health Current:

1. Salvo que se provea según leyes estatales o federales, usted puede optar por la exclusión de tener su información compartida mediante Health Current. Para excluir su participación, pídale a su proveedor de salud médica por el formulario para optar por la exclusión. Su información no estará disponible para compartir mediante Health Current dentro de los treinta (30) días de cuando Health Current reciba el formulario para optar por la exclusión de su proveedor médico.

Precaución: Si usted se excluye, sus proveedores de salud médica no podrán acceder a su información de salud — incluso en una emergencia.

2. Si usted se excluye hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando el formulario para la inclusión y entregarlo a su proveedor de salud médica.
3. Si usted no hace nada hoy y permite que su información de salud sea compartida mediante Health Current, usted puede optar por la exclusión en el futuro.

SI USTED NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA DE MANERA SEGURA MEDIANTE HEALTH CURRENT.