



Formulario de datos del paciente

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GENERO	FECHA DE NACIMINETO	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN DE SU DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL
EMPLEADOR	OCUPACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
RAZA	ETNICIDAD	CORREO ELECTRÓNICO			
MÉDICO DE ATENCIÓN PARIMARIA	NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA				

En caso de emergencia

NOMBRE	RELACIÓN				
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO		NOMBRE DEL GRUPO O #		NÚMERO DE PÓLIZA	
DIRECCIÓN DEL SEGURO / PO BOX		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA PÓLIZA	Nº SS DEL RESPONSABLE DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO PREFERIDO	
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO		NOMBRE DEL GRUPO O #		NÚMERO DE PÓLIZA	
DIRECCIÓN DEL SEGURO / PO BOX		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELEFONO

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA PÓLIZA	N° SS DE RESPONSABLE DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO PREFERIDO

Responsable (si es menor de 18 años)

PERSONA RESPONSABLE	FECHA DE NACIMIENTO		RELACIÓN	
DIRECCIÓN DE SU DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
NOMBRE DEL EMPLEADOR		OCUPACIÓN		

HISTORIA FAMILIAR

- ☐ Diabetes
- ☐ Infarto de miocardio
- ☐ Hipertensión
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Ataque

HISTORIA PERSONAL

¿Ha tenido su chequeo/seguimiento de bienestar anual en los últimos 12 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No

- ☐ SIDA/VIH
- ☐ Asma
- ☐ Cáncer
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfisema/EPOC (enfermedad pulmonar)
- ☐ Gota

☐ Ataque al corazón En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Hernia hiatal/reflujo
- ☐ Presión arterial alta

En caso afirmativo,
¿cómo se trata?

☐ Colesterol o
triglicéridos altos Si es así,
¿cómo se trata?

¿Ha tenido alguno de los siguientes procedimientos? Si es así, ¿cuándo/dónde?

- ☐ Moretones o sangrado fácilmente
- ☐ Tos
- ☐ Dolor/presión/malestar en el pecho
- ☐ Mareo
- ☐ Edema(Piernas,tobillos o pies hinchados)
- ☐ Fatiga
- ☐ Acidez
- ☐ Latidos cardíacos irregulares o palpitaciones
- ☐ Problemas renales/urinarios
- ☐ Dolor en las piernas al caminar
- ☐ Náuseas/vómitos/molestias abdominales
- ☐ Enfermedad vascular periférica
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ convulsiones
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Desorden del sueño

☐ Accidente cerebrovascular En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

- ☐ Trastorno de la tiroides
- ☐ Úlceras

¿Ha tenido alguno de los siguientes procedimientos? Si es así, ¿cuándo/dónde?

- ☐ Angioplastia/Stent _____
- ☐ Cirugía de corazón/vasos sanguíneos _____
- ☐ Cateterismo cardíaco _____
- ☐ Reemplazo de válvula cardíaca _____
- ☐ Marcapasos/ICD _____
- ☐ Caminadora/Prueba de ejercicio _____
- ☐ Ultrasonido cardíaco _____

HISTORIA SOCIAL

¿Fuma?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo,

¿cuántos por día? _____

Si renuncio, ¿cuándo? _____

¿Bebidas alcohólicas?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuánto por día? _____

¿Bebidas con cafeína?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuánto por día? _____

¿Ejercicio?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y de qué tipo? _____

¿Es alérgico/a a algún medicamento?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, nombre los
medicamentos a continuación:

SOLO MUJERES

¿Tomas anticonceptivos orales?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Estás embarazada?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Estás planeando quedar embarazada?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Post-menopáusica?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Histerectomía?

- ☐ Sí
- ☐ No

Si sí, ¿cuándo? _____

SOLO HOMBRES

¿Problemas de próstata?

- ☐ Sí
- ☐ No

Información de hospitalización

Para garantizar que tengamos registros precisos de su visita hoy, complete claramente este formulario. Cuando haya terminado, regrese a la oficina principal. Gracias.

Hospitalizaciones anteriores:

¿Ha sido paciente de algún hospital en los últimos seis (6) meses?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, en qué hospital se produjo la **primera** aparición: _____

Fechas aproximadas de hospitalización:

DE: _____ A: _____

¿Qué hospital para la **segunda** ocurrencia?: _____

Fechas aproximadas de hospitalización:

DE: _____ A: _____

Qué hospital para la **tercera** ocurrencia: _____

Fechas aproximadas de hospitalización:

DE: _____ A: _____

Cuestionario de Enfermedad Venosa

¿Tienes familiares con Enfermedad Venosa?

☐ Sí

☐ No

¿Se sienta o permanece de pie durante largos períodos de tiempo?

☐ Sí

☐ No

¿Le duelen las piernas, le dan calambres o las siente pesadas?

☐ Sí

☐ No

¿Tienes hinchazón en las piernas?

☐ Sí

☐ No

¿Tiene várices o arañas vasculares? (Venas visibles en las piernas)

☐ Sí

☐ No

¿Tiene decoloración de la piel debajo de las rodillas?

☐ Sí

☐ No

¿Alguna vez ha tenido o tiene actualmente una úlcera en las piernas?

☐ Sí

☐ No

¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre en las piernas o una embolia pulmonar?

☐ Sí

☐ No

Evaluación de la calidad del sueño

Responda las siguientes preguntas para ayudar a su médico a diagnosticar la calidad de su sueño:

1. ¿Utilizas un CPAP? (máquina de presión positiva continua sobre las vías respiratorias)	[☐] Sí [☐] No
2. ¿Es consciente de que ronca o los demás afirman que ronca?	[☐] Sí [☐] No
3. ¿Se siente cansado, fatigado o con sueño durante el día?	[☐] Sí [☐] No
4. ¿Ha notado u otras personas han observado que se ahoga, jadea por aire o deja de respirar mientras duerme?	[☐] Sí [☐] No
5. ¿Tiene la presión arterial alta?	[☐] Sí [☐] No
6. ¿Te consideras con sobrepeso?	[☐] Sí [☐] No
7. ¿Usa una talla de camisa grande o más grande debido a que la camisa pequeña o mediana está demasiado apretada alrededor del cuello?	[☐] Sí [☐] No
8. ¿Es usted varón?	[☐] Sí [☐] No
9. ¿Tienes más de 50 años?	[☐] Sí [☐] No

Formulario de Cesión de Beneficios

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguros, incluidos Medicare, seguro privado y cualquier otro plan médico/de salud, a emitir cheque(s) de pago directamente a Phoenix Heart PLLC por los servicios médicos prestados a mí y/o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Además, acepto pagar todos los costos de cobranza, honorarios de abogados y otros cargos en los que se pueda incurrir para obtener el pago de cualquier monto pendiente. Se le puede cobrar \$ 25.00 por perder o cancelar una cita que no se realizó dentro de las 24 horas de aviso.

Phoenix Heart PLLC cobra \$50.00 por todos los cheques devueltos.

Authorization to Release Information

Por la presente, autorizo a Phoenix Heart PLLC a: (1) divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar reclamos de seguros generados en el curso del examen o tratamiento; y (3) permitir que se use una fotocopia de mi firma para procesar reclamos de seguro por el período de por vida. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

He solicitado el servicio médico de Phoenix Heart PLLC en mi nombre y/o el de mis dependientes, y entiendo que al realizar esta solicitud, me hago completamente responsable financieramente de todos y cada uno de los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Además, entiendo que las tarifas vencen y son pagaderas en la fecha en que se prestan los servicios y acepto pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original.

Firma del paciente/O responsable: _____ **Fecha:** ____/____/____

Testigo: _____ **Fecha:** ____/____/____

Aviso de práctica de privacidad

Para fines de control de calidad, todas las llamadas pueden ser monitoreadas o grabadas.

Para nuestros pacientes: Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud (como paciente de esta práctica), y cómo puede tener acceso a su información de salud. Esto es requerido por las Regulaciones de Privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Nuestro compromiso con su privacidad:

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud.

Somos conscientes de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

Uso y divulgación de su información de salud en ciertas circunstancias especiales.

Las siguientes circunstancias pueden requerir que usemos o divulguemos su información de salud:

1. A las autoridades de salud pública y agencias de supervisión de la salud que están autorizadas por ley para recopilar información.
2. Las demandas y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si así lo requiere un funcionario encargado de hacer cumplir la ley.
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad de otra persona o del público. Solo haremos revelaciones a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
5. Si es miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras (incluidos los veteranos) y si lo requieren las autoridades correspondientes.
6. A los funcionarios federales para las actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley.
7. To correctional institutions or law enforcement officials if you are an inmate or under the custody of a law enforcement official.
8. Para Compensación de Trabajadores y programas similares.

Sus derechos con respecto a su información de salud:

1. Comunicaciones: puede solicitar que nuestra práctica se comunice con usted sobre su salud y problemas relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su hogar, en lugar del trabajo. Responderemos a solicitudes razonables.
2. Puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene derecho a solicitar que restrinjamos la divulgación de su información de salud solo a ciertas personas involucradas en su atención o en el pago de su atención, como familiares y amigos. No estamos obligados a aceptar su solicitud; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley exija lo contrario, en casos de emergencia o cuando la información sea necesaria para tratarlo.
3. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que se puede usar para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos y de facturación del paciente, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Debe enviar su solicitud por escrito a Anna Osback, Directora de Ingresos/Oficial de Cumplimiento de HIPAA. 602-298-7777 extensión 134. 5859 W. Talavi Blvd, Suite 100, Glendale, Arizona 85306.
4. Puede pedirnos que enmendemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta, y siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a Anna Osback, Directora de Ingresos/Oficial de Cumplimiento de HIPAA. 5859 W. Talavi Blvd, Suite 100, Glendale, Arizona 85306. 602-298-7777 ext. 134. Debe proporcionarnos una razón que respalde su solicitud de modificación.
5. Derecho a una copia de este aviso: Tiene derecho a recibir una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, comuníquese con nuestra recepcionista.
6. Derecho a presentar una queja: si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra práctica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, comuníquese con Anna Osback, Directora de Ingresos/Oficial de Cumplimiento de HIPAA. 602-298-7777 extensión 134. Todas las denuncias deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.
7. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones: Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no están identificados en este aviso o permitidos por la ley aplicable. I acknowledge receipt and have read and understand the Notice of Health Information Practices regarding my providers participation in the statewide Health Information Exchange (HIE), or I previously received this information and decline another copy.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestras políticas de privacidad de la información de salud, comuníquese con Anna Osback, directora de ingresos/oficial de cumplimiento de HIPAA. 602-298-7777 extensión 134.

Por la presente reconozco que se me ha presentado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Phoenix Heart PLLC.

Firma:_____

Fecha:_____

(Opcional) Divulgación de información (DDI) a otra(s) persona(s)

Esta autorización otorga permiso a la persona nombrada a continuación para: hacer o confirmar citas; tener acceso a resultados de radiología, laboratorio o pruebas; tener acceso a comunicaciones telefónicas y mensajes de contestadores automáticos, así como a otros medios comunes de comunicación; recoger medicamentos; ser informado de mi diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento; y tener acceso a mi información de salud financiera.

Número de registro médico:

Persona autorizada: _____

Relación con el/la paciente: _____ Teléfono: _____

Persona autorizada: _____

Relación con la/el paciente: _____ Teléfono: _____

Persona autorizada: _____

Relación con el/la paciente: _____ Teléfono: _____

Por la presente autorizo a Phoenix Heart, PLLC a usar y divulgar mi información de salud identificable individualmente como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que esta información se divulgue a la parte mencionada anteriormente, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Phoenix Heart, PLLC por escrito; sin embargo, si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones realizadas por Phoenix Heart, PLLC antes de recibir la revocación.

Entiendo que mi tratamiento no puede estar condicionado a que firme esta autorización.

Firma del paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información de salud

Por la presente doy mi consentimiento para que Phoenix Heart PLLC use y divulgue información de salud protegida sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. El Aviso de prácticas de privacidad proporcionado por Phoenix Heart PLLC describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa.

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Phoenix Heart PLLC se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a Anna Osback, Director de Ingresos/Oficina de Cumplimiento de HIPAA. 602-298-7777 extensión 134, 5859 W. Talavi Blvd. Suite 100, Glendale, Arizona 85306

Con este consentimiento, Phoenix Heart PLLC puede llamar a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a realizar operaciones de atención médica: como una cita recordatorios, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica y/o incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio.

Con este consentimiento, Phoenix Heart PLLC puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a realizar operaciones de atención médica, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes.

Tengo derecho a solicitar que Phoenix Heart PLLC restrinja la forma en que usa o divulga mi información médica personal para llevar a cabo operaciones de atención médica. La práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que Phoenix Heart PLLC use y divulgue mi información médica personal para llevar a cabo operaciones de atención médica.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o lo revoco más tarde, Phoenix Heart PLLC puede negarse a brindarme tratamiento.

Firma del paciente/ O responsable: _____ Fecha: ____/____/____

Relación con el paciente (si no es paciente): _____

Política financiera y responsabilidad del paciente

Estamos comprometidos a brindar a nuestros pacientes una atención de la más alta calidad. Gracias por tomarse el tiempo para leer y comprender nuestra política.

Los proveedores de atención médica y los pacientes tienen una relación única con las compañías de seguros y diferentes conjuntos de responsabilidades.

Es Responsabilidad del Paciente:

- **Conocer su póliza de seguro.** Los pacientes deben conocer su cobertura de beneficios antes de su cita con respecto a elementos tales como médicos contratados con su plan, beneficios cubiertos y no cubiertos, requisitos de autorización, deducibles, coseguro y copagos. Le recomendamos que se comunique con su proveedor directamente con cualquier pregunta relacionada con su cobertura.
- **Para obtener una remisión de su médico de atención primaria (PCP) antes de recibir los servicios.** Cualquier servicio no cubierto es responsabilidad financiera del paciente.
- **Abonar su copago, deducible y coseguro en el momento del servicio cuando se solicite.**
- **Pagar puntualmente cualquier responsabilidad del paciente indicada por su compañía de seguros.**
- **Para pagar cualquier saldo adeudado como resultado de la no divulgación de cualquier cobertura de seguro médico.**
- **Para facilitar el pago de reclamaciones comunicándose con su compañía de seguros cuando no se hayan pagado las reclamaciones.**
- **Entender que como cortesía, presentaremos reclamos con una compañía de seguros secundaria o terciaria una vez.** El pago y/o seguimiento de los saldos adeudados por un seguro secundario o terciario son responsabilidad del paciente.
- **Ser responsable de cualquier cargo por cheque devuelto.**
- **Cancelar una cita con al menos 24 horas de anticipación.** No dar un aviso de 24 horas puede resultar en la evaluación de una tarifa por no presentarse: \$ 25 por una visita al consultorio, \$ 50 por la prueba.
- **Pagar una tarifa administrativa de \$25 o hacer una cita con el proveedor, cuando lo solicite el proveedor, para completar formularios como FMLA, Discapacidad y otros formularios que requieran completarse manualmente.** Se requiere el pago por adelantado y no es facturable a su compañía de seguros.

Es Responsabilidad del Proveedor:

- **Presentar reclamaciones de seguros en nombre del paciente.** Presentaremos un reclamo con los transportistas principales. Como cortesía a nuestros pacientes, las reclamaciones secundarias y terciarias también se presentarán una sola vez. Se extenderá un período de 60 días para los pagos pendientes del seguro, después del cual el paciente puede ser responsable del saldo.
- **No somos responsables de brindar cobertura de seguro e información de beneficios a los pacientes.** Como cortesía, nuestro Departamento de Facturación está disponible para ayudarlo con sus preguntas.

Phoenix Heart, PLLC puede divulgar cualquier información sobre mi condición médica y tratamiento a mi compañía de seguros. Asigno todos los beneficios del seguro a Phoenix Heart, PLLC. Entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los cargos. Acepto pagar cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

He leído y comprendo la política financiera anterior. Entiendo que, independientemente del estado de mi seguro, soy responsable en última instancia por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio prestado.

Nombre del paciente (letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Aviso de prácticas de información de salud

Usted recibe este aviso porque su proveedor de atención médica participa en un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) no gubernamental y sin fines de lucro llamado Health Current. No le costará nada y puede ayudar a su médico, proveedores de atención médica y planes de salud a coordinar mejor su atención al compartir de manera segura su información médica. Este Aviso explica cómo funciona el HIE y lo ayudará a comprender sus derechos con respecto al HIE según las leyes estatales y federales.

¿Cómo le ayuda Health Current a obtener una mejor atención?

En un sistema de registro en papel, su información de salud se envía por correo o por fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si permite que su información de salud se comparta a través del HIE, sus médicos podrán acceder a ella electrónicamente de manera segura y oportuna.

¿Qué información de salud está disponible a través de Health Current?

Los siguientes tipos de información de salud pueden estar disponibles:

- Registros hospitalarios
- Informes de radiología
- Historial médico
- Información sobre consultas médicas y clínicas
- Medicamentos
- Inscripción y elegibilidad del plan de salud
- Alergias
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Otra información útil para su tratamiento

¿Quién puede ver su información de salud a través de Health Current y cuándo se puede compartir?

Las personas involucradas en su atención tendrán acceso a su información de salud. Esto puede incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de atención médica, plan de salud y cualquier organización o persona que trabaje en nombre de sus proveedores de atención médica y plan de salud. Pueden acceder a su información para el tratamiento, la coordinación de la atención, la atención o la gestión de casos, la transición de la planificación de la atención, el pago de su tratamiento, la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, el desarrollo de pautas y protocolos clínicos, la realización de actividades de seguridad del paciente y los servicios de salud de la población. Los médicos forenses, las autoridades de salud pública, las organizaciones de obtención de órganos y otros también pueden acceder a la información de salud para ciertos fines aprobados, como realizar investigaciones de muerte, investigaciones de salud pública y donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos, según lo permita la ley aplicable.

Health Current también puede usar su información de salud según lo exija la ley y según sea necesario para prestar servicios a proveedores de atención médica, planes de salud y otros participantes de Health Current. La Junta Directiva actual de Health Current puede ampliar las razones por las cuales los proveedores de atención médica y otros pueden acceder a su información de salud en el futuro, siempre que el acceso esté permitido por ley. Esa información se encuentra en el sitio web de Health Current en [healthcurrent.org/permitted use](http://healthcurrent.org/permitted-use).

También puede permitir que otros accedan a su información de salud firmando un formulario de autorización. Solo podrán acceder a la información de salud descrita en el formulario de autorización para los fines establecidos en dicho formulario.

¿Health Current recibe información sobre salud conductual y, de ser así, quién puede acceder a ella?

Health Current recibe información sobre salud conductual, incluidos los registros de tratamiento por abuso de sustancias. La ley federal brinda protección especial de confidencialidad a los registros de tratamiento por abuso de sustancias de algunos programas de tratamiento por abuso de sustancias. Health Current mantiene estos registros protegidos de tratamiento por abuso de sustancias separados del resto de su información de salud. Health Current solo comparte estos registros protegidos de tratamiento por abuso de sustancias que recibe de estos programas en dos casos. Uno, el personal médico puede acceder a esta información en una emergencia médica. Dos, puede firmar un formulario de consentimiento para que su proveedor de atención médica u otras personas tengan acceso a esta información.

¿Cómo se protege su información de salud?

Las leyes federales y estatales, como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información médica. Su información se comparte mediante transmisión segura. Health Current cuenta con medidas de seguridad para evitar que alguien no autorizado tenga acceso.

Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

Sus derechos con respecto al intercambio electrónico seguro de información

Tiene derecho a:

1. Solicite una copia de su información de salud que está disponible a través de Health Current. Para realizar esta solicitud, complete el Formulario de solicitud de información de salud y devuélvalo a su proveedor de atención médica.
2. Solicitar que se corrija cualquier información en el HIE. Si alguna información en el HIE es incorrecta, puede pedirle a su proveedor de atención médica que la corrija.
3. Solicite una lista de personas que han visto su información a través de Health Current. Para realizar esta solicitud, complete el Formulario de solicitud de información de salud y devuélvalo a su proveedor de atención médica. Informe a su proveedor de atención médica si cree que alguien ha visto su información que no debería haberlo hecho.

Tiene derecho, según el artículo 27, sección 2 de la Constitución de Arizona y los Estatutos revisados de Arizona, título 36, sección 3802, a evitar que su información de salud se comparta electrónicamente a través de Health Current:

1. Salvo que las leyes estatales o federales dispongan lo contrario, puede optar por no compartir su información a través de Health Current. Para optar por no participar, pídale a su proveedor de atención médica el formulario de exclusión. Su información no estará disponible para compartir a través de Health Current dentro de los 30 días posteriores a que Health Current reciba su formulario de exclusión de su proveedor de atención médica. Precaución: si opta por no participar, su información de salud NO estará disponible para sus proveedores de atención médica, incluso en una emergencia.
2. Si opta por no participar hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando un Formulario de devolución y devolviéndolo a su proveedor de atención médica.
3. Si no hace nada hoy y permite que su información de salud se comparta a través de Health Current, puede optar por no participar en el futuro.

SI NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN SE PUEDE COMPARTIR DE FORMA SEGURA A TRAVÉS DE HEALTH CURRENT.