

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE				FECHA DE NACIMIENTO			/			/					
DIRECCIÓN POSTAL															
					(CIUDAD)					(ESTADO)					(CÓDIGO POSTAL)
DIRECCIÓN FÍSICA															
					(CIUDAD)					(ESTADO)					(CÓDIGO POSTAL)
TELÉFONO PRINCIPAL				<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR	TELÉFONO SECUNDARIO				<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR						
CORREO ELECTRÓNICO				Nº DE SEGURO SOCIAL											
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA:</b>															
NOMBRE				RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE				Nº DE TELÉFONO							

Chambers Community Health Centers, Inc., un centro de salud calificado a nivel federal, da la bienvenida a todos los miembros de nuestra comunidad. Toda la información que solicitamos en las siguientes preguntas es únicamente con fines estadísticos. Esta información es estrictamente confidencial en la máxima medida permitida por la ley. La información que se detalla a continuación nos permite evaluar a cada paciente para los programas y servicios que ofrecemos. Por favor, responda lo mejor posible y no dude en hacer preguntas.

Nº TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR				INGRESO FAMILIAR ANUAL	\$									
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A LEGALMENTE <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A			SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		DISCAPACITADO/A	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		VETERANO/A	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿ESTÁ SIN HOGAR?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		SI ES ASÍ,	<input type="checkbox"/> VIVIENDA DE TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> CALLE <input type="checkbox"/> COMPARTIENDO VIVIENDA <input type="checkbox"/> VIVIENDA PERMANENTE			<input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO							
IDIOMA	<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO			ETNICIDAD	<input type="checkbox"/> MEXICANO/CHICANO(A) <input type="checkbox"/> OTRO HISPANO		<input type="checkbox"/> NO HISPANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO		<input type="checkbox"/> CUBANO					
RAZA	<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> COREANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> CHINO <input type="checkbox"/> GUAMÉN/CHAMORRO			<input type="checkbox"/> JAPONÉS <input type="checkbox"/> SAMOANO <input type="checkbox"/> INDIO ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTROS ASIÁTICOS		<input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> MÁS DE 1 RAZA		<input type="checkbox"/> ELIGE NO DIVULGAR						

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

TIENE USTED SEGURO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		SI ES ASÍ,	<input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> PRIVADO/COMERCIAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> OTRO: _____										
SEGURO PRIMARIO														
Nº DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO			Nº DE GRUPO			RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR								
					(YO MISMO, CÓNYUGE, HIJO, OTRO)									
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR				FECHA DE NACIMIENTO			/			/				
SEGURO SECUNDARIO														
Nº DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO			Nº DE GRUPO			RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR								
					(YO MISMO, CÓNYUGE, HIJO, OTRO)									
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR				FECHA DE NACIMIENTO			/			/				

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR ACOMPAÑADO POR UN ADULTO SUSTITUTO

Por ley, ningún menor de dieciocho (18) años puede ser atendido por un proveedor sin el consentimiento de su padre, madre o tutor legal. Si el menor llega a Chambers Health acompañado por alguien que no sea su padre, madre o tutor legal, nuestro protocolo requiere su autorización por escrito, indicando que este adulto ha sido designado para acompañar a su hijo/a para recibir atención y tratamiento, y reconociendo que dicha persona puede tener acceso a la información médica protegida del menor para hacerlo.

<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			/			/				
----------------------------	--	----------------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

A continuación, indique a las personas autorizadas que pueden acompañar a su hijo/a en su ausencia:

ADULTO(S) SUSTITUTO(S) AUTORIZADO(S)	RELACIÓN CON EL MENOR	NÚMERO DE TELÉFONO

### AUTORIZACIÓN:

Soy el padre, madre o tutor legal del paciente menor mencionado anteriormente. Tengo derechos de consentimiento médico para el paciente menor. Si el paciente acude a la clínica con alguna de la(s) persona(s) indicadas anteriormente, doy autorización y consentimiento por adelantado para que el paciente reciba atención médica de rutina (incluyendo vacunas) o atención médica de emergencia, dental, de salud conductual u otra atención médica. Entiendo que la información sobre el diagnóstico, tratamiento y atención de mi hijo/a puede ser compartida con la(s) persona(s) mencionadas anteriormente el día de la visita.

Libero a Chambers Health de responsabilidad por cualquier reclamo de falta de consentimiento o consentimiento insuficiente con respecto a cualquier atención médica proporcionada por Chambers Health conforme a esta Autorización para el tratamiento del paciente menor y cualquier uso o divulgación de información médica protegida relacionada con dicho tratamiento. He leído y considerado cuidadosamente este formulario de consentimiento antes de firmarlo.

**Esta autorización es válida hasta que se revoque por escrito proporcionando notificación a:  
Chambers Health, P.O. Box 398, Anahuac, TX 77514.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre/Madre o Guardián Legal**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Menor**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Madre o Guardián Legal**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SALUD PROTEGIDA**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Como se establece en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada contactando al Oficial de Privacidad de Chambers Health.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga la información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo

NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO														
DIRECCIÓN POSTAL																
TELÉFONO PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> CASA		CORREO ELECTRÓNICO												
		<input type="checkbox"/> MÓVIL														

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recibir mi información personal de salud en mi ausencia. Entiendo que este formulario permanecerá en el archivo, y si solicito eliminar a la(s) persona(s) de mi lista de mi autorización, presentaré una solicitud por escrito.

PERSONA(S) AUTORIZADA(S)	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO

**Esta autorización es válida hasta que se revoque por escrito.**

Al firmar este formulario, consiento el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida por parte de Chambers Health sobre mí tratamiento, pago y actividades de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando Chambers Health ya haya hecho divulgaciones basándose de mi consentimiento.

Libero a Chambers Health de toda responsabilidad por cualquier reclamo de falta de consentimiento o consentimiento insuficiente con respecto a cualquier servicio proporcionado por Chambers Health conforme a esta autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida relacionada con dicho tratamiento.

***Certifico que he leído este formulario o que me lo han leído, y entiendo su contenido y acepto la información anterior.***

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Padre/Guardián Legal**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Se requiere la firma de testigo cuando sea firmado por el Representante Autorizado del Paciente.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Testigo en Letra de Molde**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

\_\_\_\_\_ **CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NOPP):** Por la presente, confirmo haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este centro y entiendo que doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Entiendo que mi historial clínico puede transmitirse electrónicamente (fax) y no ser recibido por el destinatario. En caso de que esto ocurra, libero al Centro de Salud de toda responsabilidad.

\_\_\_\_\_ **CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:** Por la presente, reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y del Centro de Salud y entiendo que estoy dando mi consentimiento para cumplir con los términos y obligaciones.

\_\_\_\_\_ **CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE NO DISCRIMEN:** Por la presente, confirmo haber recibido una copia del Aviso de No Discriminación para este centro y entiendo que Chambers Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género). Chambers Health no excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Por la presente, doy mi consentimiento para recibir atención médica de los médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, empleados y asociados, asistentes y otros profesionales de la salud de Chambers Health que mi equipo de atención considere necesario. Esta atención puede incluir, entre otros, evaluaciones, tratamientos, exámenes, procedimientos de diagnóstico o de laboratorio (que pueden incluir pruebas de VIH), administración de inyecciones o medicamentos, y otra atención médica, de enfermería o dental de rutina.

He sido informado y entiendo que este centro está afiliado a instituciones educativas y que los servicios prestados requieren la observación, la cooperación y la participación de varios profesionales de la salud. Autorizo a los residentes o estudiantes a participar en mi atención; sin embargo, tengo derecho a solicitar un médico. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto por los servicios que ya haya recibido.

\_\_\_\_\_ **AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS AL PROVEEDOR:** Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos incurridos con Chambers Health. Por la presente, cedo y renuncio a Chambers Health mi derecho y titularidad sobre los beneficios de mi seguro por todos los servicios médicos prestados.

\_\_\_\_\_ **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Acepto pagar todos los cargos por cualquier servicio de atención médica que no esté cubierto o cobrado por mi aseguradora u otro pagador externo, incluyendo deducibles y coaseguros. Entiendo que, si califico para recibir servicios a través de un programa financiado por subvenciones, estos recursos son pagadores de última instancia. Como pagadores de última instancia, los programas financiados por subvenciones podrían no mantener mi elegibilidad si actualmente o en el futuro cuento con cobertura de Medicare, Medicaid o de un seguro externo.

\_\_\_\_\_ **COMUNICACIÓN:** Entiendo que Chambers Health utilizará mi dirección de correo electrónico y demás información de contacto que he proporcionado para diversos fines, incluyendo, entre otros, recordatorios de citas, recordatorios para la renovación de medicamentos recetados y el registro en el portal del paciente. El portal seguro del paciente permite a los pacientes comunicarse con sus profesionales de la salud y acceder a cierta información de su historial médico, como listas de medicamentos, ciertos resultados de laboratorio y registros de vacunación. Sin embargo, estas funciones pueden cambiar ocasionalmente. Entiendo que Chambers Health utilizará mi dirección de correo electrónico para crear una cuenta segura en el portal, pero que se me solicitará que proporcione mis datos de inicio de sesión para acceder al portal.

\_\_\_\_\_ **FOTOGRAFÍAS:** Autorizo a Chambers Health a tomar y/o utilizar fotografías e imágenes electrónicas con fines de verificación de identidad y/o mis registros médicos.

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO DE GREATER HOUSTON HEALTHCONNECT:** Chambers Health participa en Health connect, una organización sin fines de lucro que proporciona una red electrónica segura para los participantes de Health connect. La lista de participantes actuales de Health connect está disponible en [www.ghhconnect.org](http://www.ghhconnect.org).

La participación de Chambers Health con otras entidades en GHHC, como laboratorios, farmacias, centros de radiología, consultorios médicos, hospitales y aseguradoras médicas, permite a Chambers Health acceder y utilizar, para brindarle atención médica, cualquier información médica electrónica disponible sobre usted. Todos los participantes de GHHC deben proteger su privacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. Su tratamiento y elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados. Al firmar a continuación, acepto que GHHC y sus participantes actuales y futuros, incluyendo Chambers Health, puedan usar y divulgar mi información médica protegida electrónicamente para fines limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que GHHC puede conectarse con otros intercambios de información médica en Texas y en todo el país que también deben proteger mi información médica protegida de acuerdo con las leyes estatales y federales, y autorizo a GHHC a compartir mi información con dichos intercambios para los mismos fines limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esta autorización permanece vigente a menos que y hasta que la revoque. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a cualquier proveedor de atención médica que participe en GHHC, y mi revocación entrará en vigor en un plazo de tres (3) días. También entiendo que revocar esta autorización no afecta la información previamente compartida cuando mi autorización estaba vigente. Si decide no participar en los programas, debe notificarlo por escrito enviando un correo electrónico o entregando una declaración escrita en persona al Oficial de Privacidad de Chambers Health a [BStrickland@chambershealth.org](mailto:BStrickland@chambershealth.org).

**Los consentimientos anteriores permanecerán vigentes hasta que se revoken por escrito.**

***Certifico que he leído este formulario o me lo han leído, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo con la información anterior.***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTAS POR TELEMEDICINA Y TELESALUD

La siguiente información se proporciona a los pacientes que buscan servicios de Telemedicina/Salud con Chambers Health. La telemedicina implica la evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento en tiempo real de una condición de salud utilizando tecnología avanzada de telecomunicaciones, lo cual puede incluir el uso de medios electrónicos interactivos como audio, video u otros. De esta manera, la telemedicina permite que el proveedor vea y se comuniquen con el paciente en tiempo real.

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Solicito voluntariamente que los proveedores y médicos de Chambers Health, así como los asociados, residentes, asistentes técnicos y otros profesionales de la salud que ellos consideren necesarios, participen en mi atención médica a través de telemedicina.

Entiendo que los proveedores de Telemedicina de Chambers Health (i) pueden estar en una ubicación diferente a aquella en la que me presento para recibir atención médica, (ii) pueden no tener la oportunidad de realizar un examen físico en persona y (iii) dependen de la información que yo proporcione. Por lo tanto, las limitaciones de la tecnología de audio/video pueden limitar los elementos del examen físico que se pueden realizar debido a la naturaleza de las tecnologías audiovisuales.

Reconozco que los consejos, recomendaciones y/o decisiones de los proveedores de Telemedicina de Chambers Health pueden basarse en factores fuera de su control, como datos incompletos o inexactos proporcionados por mí o distorsiones en imágenes de diagnóstico o muestras que puedan resultar de transmisiones electrónicas.

Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar información sobre mi historial médico, condición y atención que sea completa y precisa según mi mejor conocimiento.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ofrecen garantías ni promesas en cuanto a los resultados o la curación.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a participar o de decidir dejar de participar en una consulta de telemedicina/salud a distancia en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ **LIMITACIONES POSIBLES:** Si los proveedores de Telemedicina de Chambers Health determinan que los servicios de telesalud no satisfacen mis necesidades médicas, pueden requerir una evaluación médica presencial. En caso de que la sesión de telemedicina/salud se interrumpa debido a un problema técnico o falla en el equipo, se podrán implementar medios alternativos de comunicación, o podría ser necesaria una evaluación médica presencial. Si experimento un problema grave o urgente, como una mala reacción a algún tratamiento o un empeoramiento de los síntomas después de una sesión de telemedicina, debo informar a mi proveedor y, en caso de emergencia, marcar al 911 o acudir al departamento de urgencias del hospital más cercano.

\_\_\_\_\_ **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Para facilitar la prestación de atención y/o tratamiento a través de telemedicina, solicito y autorizo voluntariamente la divulgación de toda o parte de mi expediente médico (incluida la información oral) a los proveedores de Telemedicina de Chambers Health. Entiendo y acepto que la información que autorizo se divulgue puede incluir: 1) resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnóstico, tratamiento e información relacionada; 2) resultados de pruebas de drogas e información sobre el consumo y tratamiento de drogas y alcohol; 3) información sobre salud mental; y 4) información genética.

Entiendo que la divulgación de mi información médica a los proveedores de Telemedicina de Chambers Health, incluida la transmisión de audio y/o video, será a través de medios electrónicos. Aunque se toman precauciones para proteger la confidencialidad de esta información y prevenir el acceso no autorizado, entiendo que la transmisión electrónica de datos, imágenes de video y audio es una tecnología nueva y en desarrollo, y que la confidencialidad puede verse comprometida por fallas en las medidas de seguridad o por manipulaciones ilegales o indebidas.

\_\_\_\_\_ **FOTOGRAFÍAS:** Entiendo que, durante la consulta de telesalud, podría ser necesario que el proveedor o el personal de su consultorio me tomen una fotografía dentro de la plataforma de telesalud para documentar mi asistencia y cualquier problema específico de mi condición (por ejemplo, sarpullido). Estas fotografías solo se utilizarán para documentar mi historial médico y no serán guardadas por el proveedor ni el personal. Doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías con estos fines durante la consulta de telesalud.

\_\_\_\_\_ **SEGURIDAD DEL SISTEMA:** Chambers Health utiliza de forma rutinaria tecnología segura de audio y video dentro de la plataforma de Historia Clínica Electrónica (EHR). Acepto asumir toda la responsabilidad por la seguridad de cualquier comunicación o tratamiento realizado en mi computadora o dispositivo electrónico, así como en mi ubicación física. Entiendo que soy el único responsable de mantener la estricta confidencialidad de mi nombre de usuario, contraseña y/o enlace de conexión. No permitiré que otra persona utilice mi nombre de usuario ni enlace de conexión para acceder a los servicios.

También entiendo que soy responsable de usar esta tecnología en un lugar seguro y privado, de modo que otros no puedan escuchar mis conversaciones. Entiendo que no se grabarán videos de ninguna de las sesiones en línea y que toda la información divulgada durante las sesiones, así como los registros escritos correspondientes, son confidenciales y no pueden ser revelados a nadie sin mi permiso por escrito, excepto cuando la ley lo exija.

**Los consentimientos anteriores permanecerán vigentes hasta que sean revocados por escrito.**

**Certifico que he leído este formulario o me lo han leído, y que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo con la información anterior.**

\_\_\_\_\_ /  
Firma del paciente o Padre / Guardián Legal

\_\_\_\_\_ /  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para menores de edad



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor Segundo nombre del menor Apellido del menor

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) Sexo del menor: [ ] Femenino [ ] Masculino Teléfono Correo electrónico

Dirección del menor Núm. de apartamento o edificio

Ciudad Estado Código postal Condado

Nombre de la madre Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan):
[ ] Indio americano o nativo de Alaska [ ] Asiático [ ] Negro o afroamericano
[ ] Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico [ ] Blanco [ ] Otro
[ ] Se negó a contestar
Grupo étnico (seleccione solo una):
[ ] Hispánico o latino
[ ] No hispano o latino
[ ] Otro

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo/a (hasta los 18 años de edad). Con su autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo/a se incluirá en el ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la § 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007.

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas
Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en ImmTrac2. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al ImmTrac2 del Texas DSHS.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en ImmTrac2. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la § 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo/a es familiar directo de un socorrista.
[ ] Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en ImmTrac2.
El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:
Nombre escrito a mano Firma Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio http://www.dshs.texas.gov para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, § 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347





**DISTRITO HOSPITALARIO PÚBLICO DEL CONDADO DE CHAMBERS N° 1**  
**CENTROS DE SALUD COMUNITARIOS CHAMBERS, INC.**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**VIGENTE DESDE EL 14 DE ABRIL DE 2003**

**Este aviso explica cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a ella. Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Cada vez que usted visita una clínica, hospital, médico u otro proveedor de atención médica, se genera un registro de su visita. Normalmente, este registro incluye sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento, un plan para su atención futura y la información relacionada con la facturación. Este aviso aplica a todos los registros de su atención médica generados por los centros mencionados.

<b>Clínica Bayside</b> 621 South Ross Sterling Anahuac, Texas 77514 (409) 267-4126	<b>Centro Médico de Dayton</b> 101 S. Prairie St Dayton, Texas 77535 (936) 340-5117	<b>Centro Médico de West Chambers</b> 9825 Eagle Drive Mont Belvieu, Texas 77523 (281) 576-0670
---	--	--

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica; notificarle en caso de una violación a la seguridad de su información médica; y proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad. Cumpliremos con los términos establecidos en este aviso.

**USOS Y DIVULGACIONES**

**Cómo podemos usar y divulgar su información de salud.** Las siguientes categorías describen ejemplos de cómo usamos y divulgamos su información médica:

- **Tratamiento:** Podemos usar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios. Podemos divulgar su información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de la clínica u hospital que participe en su atención en nuestras instalaciones. Por ejemplo, un médico que lo trate por una fractura de pierna puede necesitar saber si tiene diabetes, ya que esta condición puede retrasar el proceso de curación. Diferentes departamentos pueden compartir su información de salud para coordinar su atención, como prescripciones, análisis de laboratorio y radiografías.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar información médica sobre su tratamiento y servicios para facturar y cobrarle a usted, a su compañía de seguros o a un tercero pagador. Por ejemplo, es posible que tengamos que proporcionar a su aseguradora información sobre la atención médica que recibió para que se efectuó el pago o el reembolso correspondiente.
- **Usos Operacionales:** Podemos usar y divulgar su información médica para nuestras operaciones. Estos usos son necesarios para el funcionamiento de nuestras instalaciones y garantizar una atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para revisar nuestros tratamientos y servicios, así para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención.

**Usos y divulgaciones adicionales de la información de salud.**

- **Según lo exija la ley:** divulgaremos información médica sobre usted cuando las leyes o reglamentos federales, estatales o locales así lo requieran.
- **Recordatorios de citas y llamada de Pacientes:** Podemos usar y divulgar su información de salud para contactarlo y recordarle sus citas o la atención médica que debe recibir.
- **Hoja de Registro:** Podemos usar y divulgar su información médica solicitándole que se registre al llegar al Centro. También podemos llamarlo por su nombre cuando esté listo para ser atendido.
- **Asociados de Negocios:** Algunas de nuestras funciones se realizan mediante servicios contratados prestados por Socios Comerciales. Un Socio Comercial puede ser cualquier persona o entidad que reciba su información médica de nosotros durante la prestación de servicios para el Centro. Sin embargo, para proteger su información médica, exigimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información.

- **Alivio de Desastres:** Podemos divulgar información sobre usted a una entidad que colabore en la asistencia durante un desastre, para que su familia pueda ser informada sobre su condición, estado y ubicación.
- **Productos y Servicios relacionados con la salud:** Podemos usar y divulgar información de salud para informarle sobre nuestros productos o servicios relacionados con la salud, así como posibles alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.
- **Capacitación:** Cuando llevamos a cabo programas de formación y evaluamos las competencias de los profesionales de la salud.
- **Personas que Colaboran en su Atención:** Podemos compartir información médica con un familiar, amigo u otra persona involucrada en su atención o en el pago relacionado. Si usted se encuentra disponible, se le dará la oportunidad de oponerse. En caso de emergencia o si se encuentra incapacitado(a), utilizaremos nuestro criterio profesional para tomar decisiones al respecto.
- **Investigación:** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación, siempre que un comité de revisión institucional o una junta de privacidad haya evaluado la propuesta de investigación y los protocolos para garantizar la privacidad de su información médica.
- **Para Prevenir una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad:** Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Por ejemplo, podemos notificar al personal de respuesta de emergencias sobre una posible exposición al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o al virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, cualquier divulgación solo se realizará en la medida en que lo exijan o permitan las leyes y regulaciones federales, estatales o locales.
- **Cambio de Propietario:** En caso de que el Centro se venda o se fusione con otra organización, su información de salud/registro médico pasará a ser propiedad del nuevo titular. Sin embargo, usted conservará el derecho de solicitar que copias de su información de salud se transfieran a otro Centro, grupo médico, médico tratante u otro proveedor de atención médica.

### Situaciones Especiales

- **Directores de Funerarias, Médicos Forenses y Peritos Médicos:** Podemos divulgar su información médica a directores de funerarias según sea necesario para que puedan cumplir con sus funciones. También podemos proporcionar información médica a un médico forense o perito médico, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su fallecimiento.
- **Actividades de Supervisión:** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por las leyes y regulaciones federales, estatales o locales. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, inspecciones, revisiones de licencias, investigaciones sobre conductas ilegales y verificación del cumplimiento de otras leyes y regulaciones. Estas acciones son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar información médica para actividades relacionadas con la salud pública, incluyendo la prevención y control de enfermedades; el registro de nacimientos y defunciones; la notificación de casos de abuso o negligencia infantil; la notificación de reacciones adversas a medicamentos o problemas con productos; la notificación sobre retiros de productos del mercado, y la notificación a personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad.
- **FDA:** Podemos divulgar información de salud a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) relacionada con eventos adversos en alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización.
- **Reclusos:** Si usted se encuentra recluido en una institución correccional o está bajo la custodia de una autoridad policial, podemos divulgar información de salud sobre usted a dicha institución o la autoridad correspondiente si la divulgación es necesaria: (a) para que la institución le brinde atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (c) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Autoridades Policiales:** Podemos divulgar su información médica si así lo solicita una autoridad policial en las siguientes circunstancias: (a) en respuesta a una orden judicial, citatorio, orden de arresto, u otro procedimiento legal similar; (b) para identificar o localizar a un prófugo sospechoso, testigo material o persona desaparecida; (c) sobre la víctima de un delito, si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el

consentimiento de la persona; (d) sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva; (e) sobre una conducta delictiva en el Centro; o (f) en situaciones de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o paradero de la persona que cometió el delito.

- **Demandas y Litigios:** Si usted está involucrado en demanda o en un litigio, podemos divulgar su información médica en la medida expresamente autorizada por una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica sobre usted en respuesta a un citatorio, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal interpuesto por otra persona involucrada en el litigio, pero solo si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud (lo cual puede incluir una notificación por escrito) y usted no ha presentado objeción, o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo exijan las autoridades militares. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia:** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para fines de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades relacionadas con la seguridad nacional permitido por la ley.
- **Donación de Órganos y Tejidos:** si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones encargadas de la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Servicios de Protección para el Presidente y Otros:** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de Estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.
- **Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica:** Podemos divulgar su información médica para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Esta divulgación solo se realizará cuando lo exija o autorice la ley.
- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su información médica para programas de compensación laboral o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Autorizaciones de Seguridad:** Podemos utilizar su información médica para tomar decisiones sobre su idoneidad médica para obtener una autorización de seguridad o para prestar servicios en el extranjero. También podemos divulgar su determinación sobre su idoneidad médica a los funcionarios del Departamento de Estado que necesiten acceder a dicha información para estos fines.
- **Equipos Multidisciplinarios:** Podemos divulgar información de salud a una agencia gubernamental estatal o local o a un equipo de personal multidisciplinario relevante para la prevención, identificación, manejo o tratamiento de abuso infantil y de los padres del menor, así como de abuso y negligencia hacia las personas de la tercera edad.

### **PROTECCIONES ESPECIALES PARA CIERTOS TIPOS DE INFORMACIÓN**

En algunas circunstancias, su información médica podría estar sujeta a restricciones adicionales que podrían limitar o impedir algunos usos o divulgaciones descritos en este Aviso o en las Prácticas de Privacidad. Existen restricciones especiales sobre el uso o la divulgación de ciertas categorías de información médica, como las siguientes:

- **Expedientes de tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de sustancias:** Si usted recibe servicios de tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de sustancias, sus expedientes están protegidos por normativas federales adicionales conforme al Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2. Solicitaremos su consentimiento por escrito antes de divulgar estos expedientes, excepto en circunstancias limitadas, como emergencias médicas, órdenes judiciales o según lo permita la ley. Tiene derecho a solicitar restricciones en la divulgación de estos expedientes y un informe de las divulgaciones realizadas.
- **Notas de salud mental y psicoterapia:** Si recibe servicios de salud mental, podemos conservar notas de psicoterapia relacionadas con sus sesiones de terapéuticas. Las notas de psicoterapia son apuntes tomados por su profesional de salud mental, que documentan o analizan el contenido de las conversaciones durante sesiones privadas de terapia. La mayoría de los usos y divulgaciones de estas notas de psicoterapia requieren su

autorización escrita específica. No podemos usar ni divulgar estas notas para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su autorización, excepto en circunstancias muy limitadas permitidas por la ley.

- **Información sobre el VIH/SIDA:** Se aplican restricciones especiales a los resultados de las pruebas de VIH/SIDA y a la información sobre su tratamiento. Cumpliremos con las leyes estatales y federales que exigen un manejo confidencial y especial de esta información.
- **Información genética:** Tenemos prohibido utilizar información genética con fines de suscripción y protegeremos la información genética de acuerdo con las leyes aplicables.

Además, los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medicare o Medicaid, también pueden limitar la divulgación de información del paciente para fines no relacionados con el programa.

### **USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA QUE REQUIERE DECLARACIÓN JURADA**

Por ley, si recopilamos, recibimos o conservamos información médica potencialmente relacionada con su salud reproductiva, en algunos casos debemos obtener una declaración de los destinatarios de la información médica de que no la utilizarán ni compartirán con fines prohibidos por la ley. Las siguientes situaciones requieren una declaración:

- **Actividades de supervisión de la salud:** Podemos compartir su información sobre atención de salud reproductiva con agencias de supervisión en salud para auditorias o inspecciones, investigaciones civiles o penales, procedimientos legales o acciones relacionadas con licencias.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos compartir su información sobre salud reproductiva en respuesta a una orden judicial o administrativa, citatorio o una solicitud de presentación de pruebas
- **Fines de cumplimiento de la ley:** Podemos compartir su información sobre salud reproductiva para fines de cumplimiento de la ley, incluso en respuesta a una orden judicial o una solicitud de información de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley sobre una víctima de un delito.
- **Médicos forenses o examinadores médicos:** En algunas situaciones, podemos compartir su información de salud reproductiva con un médico forense o un examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas autorizadas por la ley.

Presumimos que la atención de salud reproductiva es legal y no usaremos ni divulgaremos su información de atención de salud reproductiva para investigar, demandar o procesar a usted, ni a cualquier persona que realizó o ayudó con su atención de salud reproductiva, o a cualquier persona que lo ayudó a acceder a la atención de salud reproductiva, a menos que tengamos conocimiento real de que la atención fue ilegal.

### **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Los siguientes usos y divulgaciones sólo se realizarán con su autorización por escrito:

- Venta de información de salud
- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia
- Usos y divulgaciones con fines de mercadotecnia (excepto comunicaciones personales directas o regalos promocionales de valor nominal)
- Recaudación de fondos (usted tiene derecho a optar por no participar)
- Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso

Puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos actuado con base en dicha autorización.

### **MERCADOTECNIA Y RECAUDACIÓN DE FONDOS**

**MERCADOTECNIA:** No utilizaremos ni divulgaremos su información médica con fines de mercadotecnia sin su autorización por escrito. La mercadotecnia no incluye las comunicaciones personales directas con usted ni regalos promocionales de valor nominal que podamos ofrecerle.

**Recaudación de fondos:** Podemos utilizar cierta información (como su nombre, dirección, número de teléfono, fechas de tratamiento, departamento de servicio, médico tratante, información sobre los resultados y estado del seguro médico) para contactarlo con fines de recaudación de fondos. **Usted tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones relacionadas con la recaudación de fondos.** Cada comunicación incluirá instrucciones claras sobre cómo optar por no recibir futuras comunicaciones. Si opta por no recibirlas, no nos pondremos en contacto con usted para fines de recaudación de fondos en el futuro.

### **DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Aunque su historial médico es propiedad física del profesional de la salud o del centro que lo compiló, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- **Derecho a Inspeccionar y Copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica, la cual podrá utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. Responderemos a su solicitud en un plazo de 15 días, plazo que podrá extenderse por 30 días adicionales si le notificamos la demora. Podríamos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado.
- **Derecho a acceso electrónico:** Si mantenemos su información de salud electrónicamente, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica en el formato que solicite, siempre que se pueda producir fácilmente, o en otro formato electrónico que acordemos.
- **Derecho a solicitar una modificación:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Le responderemos en un plazo de 60 días a partir de su solicitud.
- **Derecho a un informe de las divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras actividades.
- **Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo usamos o divulgamos su información médica para tratamientos, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar a su solicitud, excepto **si paga de su bolsillo la totalidad de un producto o servicio médico, puede solicitarnos que no compartamos información sobre ese servicio o producto con su aseguradora médica, y debemos respetar dicha solicitud.**
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado si declara claramente que la divulgación de toda o parcial de la información podría ponerlo en peligro.
- **Derecho a la transmisión directa a terceros:** Usted tiene derecho a solicitar que transmitamos su información de salud directamente a un tercero que usted designe.
- **Derecho a Notificación de Incumplimiento:** Si ocurre una violación de su información médica protegida no asegurada que pueda implicar un riesgo significativo de daño financiero, reputacional o de otro tipo para usted, le notificaremos por escrito dentro de los 60 días siguientes que descubramos la violación. La notificación incluirá una descripción de lo sucedido, el tipo de información involucrada, las medidas que estamos tomando para investigar y mitigar la violación, y las medidas que usted puede tomar para protegerse de posibles daños.
- **Derecho a una copia de este aviso:** Tiene derecho a obtener una copia de este aviso. También puede consultarlo en [www.chambershealth.org](http://www.chambershealth.org).
- **Derecho a presentar una queja:** Tiene derecho a presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. **No se tomarán represalias por presentar una queja.**

Para ejercer cualquiera de sus derechos, obtenga los formularios necesarios del Oficial de Privacidad y envíe su solicitud por escrito.

### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN SANITARIA**

Otros usos y divulgaciones de información médica no contemplados en este aviso ni en las leyes que nos rigen se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su información médica para los fines cubiertos por su autorización escrita. Usted comprende que no podemos

anular las divulgaciones que ya hemos realizado con su permiso y que estamos obligados a conservar los registros de la atención médica que le brindamos y que se documentaron en el consultorio médico, la clínica o el hospital.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. El aviso modificado o actualizado se aplicará a la información que ya tenemos sobre usted, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará en cada clínica y hospital e incluirá la fecha de entrada en vigor. Además, cada vez que se registre o sea admitido en el centro para recibir tratamiento o servicios de atención médica como paciente, le ofreceremos una copia del aviso vigente.

**QUEJAS**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el centro siguiendo el proceso descrito en la documentación de Derechos del Paciente. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. **No se le sancionará por presentar una queja.**

**Para presentar una queja directamente con nosotros:**

Distrito Hospitalario Público del Condado de Chambers n.º 1  
Atención: Responsable de Privacidad  
Apartado postal 398 Anáhuac, Texas 77514  
Teléfono: (409) 267-3143  
*Línea Directa Anónima: 1 (888) 986-7962*

**Para presentar una queja ante el estado de Texas:**

Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicare/CMS)  
Apartado postal 13247  
Austin, Texas 78711-3247  
Número de teléfono: 1-800-458-9858, Opción 1  
Fax: 1-888-780-8099 o 833-709-5735  
Correo electrónico: [hfc.complaints@hhs.texas.gov](mailto:hfc.complaints@hhs.texas.gov)

Oficina del Defensor del Pueblo del HHS  
Apartado postal 13247  
Austin, Texas 78711-3247  
Número de teléfono: 1-800-252-2412 o 877-787-8999  
Fax: 1-888-780-8099  
Correo electrónico: [luc.ombudsman@hhsc.state.tx.us](mailto:luc.ombudsman@hhsc.state.tx.us)

Texas Behavioral Health Executive Council  
George H.W. Bush State Office Building  
1801 Congress Ave., Ste. 7.300  
Austin, TX 78701  
Phone Number: 1-800-821-3205

Texas State Board of Dental Examiners  
333 Guadalupe Street  
Austin, TX 78701  
Phone Number: 1-800-821-3205

**Para presentar una queja ante el Gobierno Federal:**

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
Oficina de Derechos Civiles  
200 Independence Avenue, SW Washington, DC 20201  
Teléfono: 1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD)  
Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Consulte el formulario separado para Derechos Civiles (Sección 1557).

*Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad de la Instalación al (409) 267-3143.*

**Visítenos en [www.chambershealth.org](http://www.chambershealth.org)**

### **Aviso de No Discriminación de Chambers Health**

Chambers Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género). Chambers Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género).

### **Servicios Proporcionados por Chambers Health**

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el Inglés, tales como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas
  - Si necesita estos servicios, póngase en contacto con LaDuska M. James, Coordinadora de Derechos Civiles.

### **Presentación de una Queja**

Si usted cree que Chambers Health no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja con:

LaDuska M. James, Coordinadora de Derechos Civiles  
PO Box 398, Anahuac, TX 77514  
Oficina: (346) 567-4839  
Fax: (409) 267-4443

Correo electrónico [LJames@ChambersHealth.org](mailto:LJames@ChambersHealth.org)

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, LaDuska M. James, Coordinadora de Derechos Civiles, está a su disposición para ayudarle. Si prefiere presentar una queja de forma anónima, llame a la Línea Directa de Cumplimiento al 1-888-986-7962.

### **Presentar una queja sobre derechos civiles**

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.  
200 Independence Avenue, SW  
Sala 509F, Edificio HHH  
Washington, D.C. 20201  
[1-800-368-1019, 800-537-7697 \(TDD\)](https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html) Los formularios de denuncia están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DE CHAMBERS HEALTH**

Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad a las personas de esta comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El centro de salud también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que comprenda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a brindarle una mejor atención médica. Por favor, lea y firme esta declaración y háganos cualquier pregunta que tenga.

### **Sus Derechos como Paciente**

**No Discriminación.** Usted tiene derecho a ser tratado con respeto independientemente de su raza, color, estado civil, religión, sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género), origen nacional, ascendencia, discapacidad física o mental, edad, condición de veterano u otros motivos, según se aplique en las leyes o reglamentos federales, estatales y locales.

**Pago.** Usted tiene derecho a recibir explicaciones de la factura del centro de salud.

Aunque se espera que todos los pacientes de centros de salud con certificación federal participen financieramente en sus consultas médicas, Chambers Health ofrece evaluación de elegibilidad para varios programas estatales y federales que ayudan con el costo de las consultas. Los pacientes que se encuentran en el 200 % o menos del nivel federal de pobreza y que sean considerados elegibles, se les informará el costo nominal de su consulta al momento de determinar su elegibilidad.

Usted tiene derecho de recibir servicios de asesoramiento financiera para ayudar a determinar su elegibilidad para varios programas de asistencia, incluidos Medicaid, CHIP, planes del Mercado de Seguros Médicos y otros programas estatales y federales.

**Privacidad y Confidencialidad.** Usted tiene derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamientos se realicen en privado. Sus expedientes médicos también son privados. Usted tiene derecho a recibir una explicación completa de sus derechos de privacidad como nuestro paciente en la forma de nuestro "Aviso de Derechos de Privacidad del Paciente;" este documento proporciona una revisión integral de las maneras en que podemos usar o divulgar sus expedientes médicos. Al firmar el documento "Derechos y Responsabilidades del Paciente y de Chambers Health" usted está reconociendo que ha recibido y entendido nuestro "Aviso de Derechos de Privacidad del Paciente."

**Servicios de Interpretación y Accesibilidad.** Usted tiene derecho a recibir información y explicaciones en el idioma que normalmente habla y en palabras que pueda entender. Usted tiene derecho a un intérprete que hable su idioma sin costo alguno para usted. Si tiene una discapacidad auditiva o del habla, tiene derecho a servicios de comunicación que satisfagan sus necesidades. Usted tiene derecho a acomodos razonables para discapacidades para asegurar el acceso equivalente a nuestros servicios.

**Atención Médica y Tratamiento.** Usted tiene derecho, y se le anima, a participar en las decisiones sobre su tratamiento. Usted tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, su plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; sus riesgos y peligros inherentes (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si las hay (y sus riesgos y beneficios); y el resultado esperado, si se conoce. Esta información se llama "obtener su consentimiento informado."

Usted tiene derecho a recibir información sobre las "Directivas Anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esa información con usted, se la proporcionaremos a su representante legal autorizado.

Si usted es un adulto, tiene derecho a rechazar tratamientos o procedimientos en la medida permitida por las leyes y reglamentos aplicables. En este sentido, usted tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de rechazar dicho tratamiento o procedimiento. Su recepción de esta información es necesaria para que su rechazo sea "informado".

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DE CHAMBERS HEALTH- *continuación***

Usted tiene derecho a recibir atención médica y tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestras capacidades. Chambers Health es un centro de salud y no una sala de emergencias. En caso de una emergencia médica en nuestro centro de salud, proporcionaremos atención inmediata para estabilizar su condición y organizaremos el traslado de emergencia si es necesario.

Usted tiene derecho a ser trasladado o referido a otra instalación para recibir servicios que el centro de salud no puede proporcionar. El centro de salud no paga los servicios que usted reciba de otro proveedor de atención médica.

Si usted tiene dolor, tiene derecho a recibir una evaluación apropiada y control del dolor, *según sea necesario*.

**Participación en la Gobernanza.** Usted tiene derecho a participar en el proceso de selección de la junta directiva del Centro de Salud con Certificación Federal. Hay información disponible sobre las reuniones de la junta, elecciones y cómo participar. Por favor, solicite hablar con el Administrador para más información.

**Aseguramiento de la Calidad.** Tiene derecho a participar en actividades de mejora de la calidad, encuestas de satisfacción del paciente y evaluaciones de la atención. Su participación en estas actividades no afectará en modo alguno la calidad ni la disponibilidad de su atención.

**Servicios e Información.** Usted tiene derecho a recibir información sobre cómo usar apropiadamente los servicios de Chambers Health, incluyendo nuestros horarios de operación, servicios disponibles y cómo acceder a la atención. Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.

Usted tiene derecho a recibir el "Reglamento de Inasistencia" de Chambers Health.

Usted tiene derecho a atención culturalmente competente que respete su cultura, creencias y prácticas.

**Terminación.** Usted tiene derecho a recibir el "Reglamento de Descontinuación del Paciente" de Chambers Health, ya que se espera que lo siga.

Si Chambers Health decide que debemos dejar de tratarlo como paciente, usted tiene derecho a un aviso previo por escrito que explique la razón de la decisión, y se le darán treinta (30) días para encontrar otro proveedor de atención primaria. Si Chambers Health le ha dado aviso de terminación, usted tiene derecho a apelar la decisión ante el Director Médico.

**Quejas.** Usted tiene derecho a decirnos cómo podemos mejorar los servicios que le ofrecemos. El personal de Chambers Health puede informarle cómo hacer una sugerencia o presentar una queja. Si no está satisfecho con cómo el personal maneja su situación, puede contactar a la administración de Chambers Health.

Aunque le animamos a traer sus inquietudes directamente a nosotros, usted siempre tiene derecho a llevar cualquier queja al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas o a Salud y Servicios Humanos de Texas.

### **Sus Responsabilidades como Paciente**

**Pago.** Usted tiene la responsabilidad de proporcionar al personal información precisa sobre su seguro actual y/o situación financiera, así como cualquier cambio en su seguro y/o situación financiera. El personal de Chambers Health necesita esta información para determinar su responsabilidad financiera y/o para que puedan facturar al seguro privado, Medicaid, Medicare, o determinar otros beneficios para los cuales usted podría ser elegible. Si sus ingresos son menores que el nivel federal de pobreza, se le podría cobrar una cuota nominal. Es su responsabilidad pagar, o hacer arreglos para pagar, todas las cuotas acordadas por servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales, que se proporcionan sobre una base prepagada. Si no puede pagar de inmediato, por favor informe al personal para que puedan brindarle atención ahora y se puedan hacer arreglos.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DE CHAMBERS HEALTH- *continuación***

**Privacidad y Confidencialidad.** Usted tiene la responsabilidad de informarnos sobre las personas, si las hay, que pueden o no pueden acceder a sus expedientes médicos. Es importante que sepamos esta información desde el inicio de su relación con nosotros para que podamos evitar cualquier confusión futura. El personal de Chambers Health puede proporcionarle un formulario para indicar a aquellas personas a las que les está otorgando acceso a su expediente médico privado.

Si usted es padre, madre o tutor legal, por favor informe al personal si alguien que no sea usted o el tutor legal del niño puede traer al niño para recibir servicios.

**Participación en la Atención Médica.** Usted es responsable de proporcionar información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, incluyendo todos los medicamentos, suplementos y tratamientos que esté recibiendo de otros proveedores, para que podamos brindarle la atención médica adecuada.

Usted es responsable de las consecuencias y resultado de rechazar el tratamiento o procedimientos recomendados. Si usted rechaza tratamiento o procedimientos que sus proveedores de atención médica creen que son de su mejor interés, se le puede pedir que firme un formulario "Contra Consejo Médico" (según sea apropiado).

Usted es responsable del uso adecuado de los servicios del centro de salud, lo cual incluye seguir las instrucciones del personal, hacer y mantener las citas programadas, y solicitar una cita "sin cita previa" solamente cuando esté enfermo.

Usted es responsable de seguir el "Reglamento de Inasistencia" de Chambers Health.

**Programación y Citas.** Ofrecemos citas el mismo día para pacientes establecidos del centro de salud y hacemos nuestro mejor esfuerzo para atender a los pacientes sin cita previa cuando sea posible. Por favor note que nuestros proveedores están programados para ver pacientes con citas durante todo el día, por lo que, si llega solicitando ser atendido sin cita previa, puede que esté esperando por un período prolongado de tiempo. Aunque nos esforzamos por brindar atención a tantos pacientes como sea posible, es posible que no sea atendido sin una cita y se le pida programar una cita para una fecha futura.

Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas programadas. Las citas programadas perdidas causan retrasos en el tratamiento de otros pacientes. Si no mantiene las citas programadas, puede estar sujeto a medidas administrativas de acuerdo con los reglamentos y procedimientos de Chambers Health. Por favor consulte el "Reglamento de Inasistencia."

**Supervisión de niños.** Usted es responsable de la supervisión de los niños que traiga con usted. Usted es responsable de la seguridad de sus niños y la protección de otros pacientes y nuestra propiedad.

**Comportamiento Respetuoso.** Usted tiene la responsabilidad de usar los servicios de Chambers Health de manera adecuada. Esto significa que debe comportarse respetuosamente con todo el personal del centro de salud y otros pacientes en todo momento durante su visita. No se tolerará comportamiento amenazante, abusivo, violento, fraudulento, intencionalmente ofensivo, o cualquier comportamiento ilegal. Si se considera que su comportamiento interfiere consistente o permanentemente con la relación entre su proveedor de atención médica y usted, entonces su relación con Chambers Health puede ser discontinuada de acuerdo con los reglamentos y procedimientos de Chambers Health.

Usted y sus visitantes tienen la responsabilidad de tratar al personal de Chambers Health, otros pacientes y nuestra propiedad con respeto y cortesía. Usted es responsable de respetar la privacidad de otros; limitar su uso de teléfonos celulares en las áreas de atención al paciente y de **NO** tomar fotos o grabar conversaciones sin la aprobación del personal.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DE CHAMBERS HEALTH- *continuación***

**Derechos Como su Proveedor**

**Privacidad y Divulgaciones Legales.** En ciertas instancias, Chambers Health puede estar obligado a divulgar sus expedientes médicos a agencias estatales o federales con el propósito de reportes obligatorios o investigaciones. Chambers Health también puede estar obligado a divulgar sus expedientes médicos conforme a una orden judicial válida.

**Terminación de la Atención.** Chambers Health tiene el derecho de discontinuar su atención como paciente si usted comete una violación sustancial de los reglamentos de Chambers Health.

Chambers Health tiene el derecho de discontinuar su relación con usted inmediatamente y sin aviso por escrito si usted crea una amenaza a la seguridad del personal del centro de salud u otros pacientes.

**Responsabilidades como su Proveedor**

**Atención de Calidad y Derechos del paciente.** Chambers Health tiene la responsabilidad de asegurar que se le proporcione atención de calidad en un ambiente que proteja y promueva sus derechos como nuestros pacientes. Estamos comprometidos a brindar atención culturalmente competente y mantener los más altos estándares de práctica médica.

**Cobertura por Negligencia Médica.** Como centro de salud con certificación federal, los proveedores de Chambers Health están cubiertos bajo la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (Federal Tort Claims Act) para protección por negligencia médica cuando brindan servicios dentro del alcance de su empleo.

**No Represalias.** Chambers Health tiene la responsabilidad de asegurar que ningún representante de Chambers Health lo castigará, discriminará o tomará represalias en su contra por presentar una queja, y Chambers Health continuará proporcionándole servicios.

**Coordinación de la Atención.** Chambers Health tiene la responsabilidad de coordinar su atención con otros proveedores de atención médica cuando se necesiten referencias o servicios especializados, incluyendo proporcionar los expedientes médicos necesarios y comunicación para asegurar la continuidad de la atención.

**Preparación para emergencias.** Chambers Health tiene la responsabilidad de mantener protocolos de emergencia y asegurar que el personal esté capacitado para manejar emergencias médicas que puedan ocurrir en nuestras instalaciones.

---

**Para preguntas sobre este documento o sus derechos y responsabilidades, por favor contacte a:**

Administración de Chambers Health al 409-267-4126.

---

**Para emergencias médicas, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Para asesoramiento clínico fuera del horario de atención, llame al 281-576-0670 y presione la opción 2 para la línea de consejos de enfermería.**

