


Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Nombre Legal</b>	Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Iniciales del Segundo Nombre	Nombre de Soltera (Si es casada)
<b>Sexo Legal:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Fecha Nacimiento</b>	Mes / Dia / Año	<b># Seguro Social</b>

*Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que aparece en su aseguradora deben ser usados en documentos tales como su aseguradora, cuentas de pago y correspondencia. Sus respuestas nos ayudara a comunicarnos con usted de una manera rapida y discreta para informacion importante*

# Telefono de la Casa ( ) ( )	# Telefono del Celular ( ) ( )	# Telefono del Trabajo ( ) ( )	Mejor numero para usar: ( ) Casa ( ) Celular ( ) Trabajo
<b>Direccion del Paciente</b>		Ciudad	Estado Codigo Postal
<b>Direccion para cobros (si es diferente a la anterior)</b>		Ciudad	Estado Codigo Postal
<b>Correo Electronico</b>		<input type="checkbox"/> Do not have email address <input type="checkbox"/> Prefer not to share email address	
<b>Nombre del responsable</b>		<b>Telefono</b>	<b>Relacion con el Paciente</b>
<b>Direccion del resp</b>		Ciudad	Estado Codigo Postal
<b>Nombre del contacto para emergencias</b>		<b>Telefono</b>	<b>Relacion con el Paciente</b>

*Esta informacion es para la oficina del cuidado de la salud primaria que elabora informes y asegura los fondos federales para servir a nuestros pacientes. Su informacion personal sera respetada y confidencial. Agradecemos su cooperacion al completar esta seccion.*

<b>1) Cual categoria describe sus actuales Ingresos Anuales?</b> <input type="checkbox"/> < \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,001-\$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,001-\$35,000 <input type="checkbox"/> \$35,001-\$50,000 <input type="checkbox"/> >\$50,000	<b>3) Estado Marital</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Compañero(a)	<b>4) Estado de Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado (a) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Retirado (a)  <b>5) Estado de Estudios:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante	<b>6) Grupo Racial(es)</b> <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ Otro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Sudamericano  <b>7) Origen Etnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Latina <input type="checkbox"/> No Latino/Latina
<b>2) Numero Familiar:</b> _____ Numero total de los miembros de la familia que vivan en la misma casa	<b>11) Trabajador Temporal?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <b>12) Trabajador Migrante?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <b>13) Sin Hogar desde Enero de este año?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <b>14) Reside en vivienda publica?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>15) Como escucho de nosotros:</b> <input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Otra Oficina Medica <input type="checkbox"/> Compañia Aseguradora <input type="checkbox"/> Tarjeta Postal/Correo <input type="checkbox"/> Hospital/Emergencia <input type="checkbox"/> Anuncio en Internet <input type="checkbox"/> Periodico "Capital" <input type="checkbox"/> Periodico "Bay Weekly" <input type="checkbox"/> Revista "Chesapeake Family" <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>16) Piensa que usted es:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiano(a) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Decide no Anotar
<b>8) Lenguaje(s)</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Other: _____  <b>9) Require servicio de traduccion?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <b>10) Estado Veterano</b> <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No es Veterano		<b>Con cual sexo se identifica usted?</b> <input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> Transexual Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual Femenino <input type="checkbox"/> Decide no anotar <input type="checkbox"/> Otro: _____	
		<b>Porfavor voltee la hoja</b> 	

Fecha: \_\_\_\_\_

Porfavor indique debajo si usted tiene una farmacia preferida donde le podamos enviar sus recetas medicas:

<b>Farmacia Preferida:</b>		<b>Cuidad</b>	
----------------------------	--	---------------	--

**Pago/Informacion de la Aseguradora**

**POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SU ASEGURADORA AL TIEMPO DE SU CITA.** La lista de aseguradoras que nosotros aceptamos esta disponible en nuestro sitio web. Nuestro personal de registro tambien puede ayudarle.

**METODO DE PAGO (METHOD OF PAYMENT)**

Yo comprendo y acepto que el pago es hecho al momento dado del servicio prestado. Esto incluye todos los pre-pagos y las responsabilidades de la tarjeta medica. La Variación de esta política puede ser establecida por nuestro departamento de contabilidad, con cita previa de atención. Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques, ordenes de dinero, tarjetas de crédito visa, master Card, American Express y Discover.

**AUTORIZACION, ASIGNACIONES Y PAGOS DE SERVICIOS DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA (INSURANCE AUTHORIZATION, ASSIGNMENT AND PAYMENT OF SERVICES)**

Solicito que los pagos de beneficios autorizados por Medicare/otra compañía aseguradora sean hechos a mi nombre o a nombre de Bay Community Health por cualquier servicio que me hayan prestado con mi compañía aseguradora quien acepta las asignaciones clínicas del Proveedor Medico. Reglamentos pertinentes a asignaciones de beneficios de Medicare se aplican. Yo autorizo cualquier poseedor de mi historia médica o otro tipo de información para ser dada a conocer con el fin de procesar el pago de dichos servicios. Yo comprendo que es obligatorio que el proveedor medico de a conocer de mu salud a otra aseguradora quien puede ser responsable del pago de mis tratamientos. También comprendo que es mi responsabilidad tener conocimiento de los beneficios y requerimientos de mi aseguradora medica. Yo comprendo que basado en la póliza de mi aseguradora medica, posiblemente hayan servicios que el proveedor medico de la clínica de OPC puede considerar necesarios y que posiblemente mi aseguradora medica no los cubra, y yo debería ser el responsable del pago de dichos servicios. Yo comprendo y reconozco que el pago es hecho al tiempo del servicio prestado. Esto incluye pre-pagos, responsabilidad del paciente en los porcentajes de cargos en la visita a la clínica y cualquier cargo previsto anteriormente. Cualquier variación de esta política médica puede ser pre-ordenada a través del departamento de contabilidad con prioridad de ser visto

**AUTORIZACION PARA TRATAMIENTOS (AUTHORIZATION TO TREAT)**

Permiso es dado por la presente al proveedor medico de Bay Community Health (BCH), para administrar dichos diagnósticos, operatorias o procesos de tratamientos arriba mencionados que se considere necesarios. Esto incluye el acceso a la información de una base de datos de farmacia en línea acerca de los medicamentos que yo esté tomando con el fin de continuar con el tratamiento.

**ACEPTACION DEL RECIBO DE NOTICIA PRIVADA (ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE)**

Yo he recibido una copia de Noticia de Privacidad de Políticas del Proveedor Medico, detallando como mi información será usada y divulgada según lo permitido bajo las leyes federales y estatales

**DIRECTIVA AVANZADA (ADVANCE DIRECTIVE)**

Yo acepto recibir el folleto/formulario de Directivas Avanzadas "Advance Directives". Esta información me fue dada como parte de documento para Paciente Nuevo. Yo he leído totalmente el folleto y decidí escoger el uso de Advance Directives y completare el formulario y lo devolveré firmado a OPC para mis registros médicos

**Por favor firme la aceptación de los acuerdos arriba divulgados:**

X \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# BAY COMMUNITY HEALTH Medical History Form

Name(Nombre) \_\_\_\_\_ DOB(Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_  
 Address(Direccion) \_\_\_\_\_ Home Phone (Telefono Casa) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Work Phone (Telefono Trabajo) \_\_\_\_\_  
 Social Security(#Seguro Social) \_\_\_\_\_ Occupation(Ocupacion) \_\_\_\_\_ Cell Phone (Celular) \_\_\_\_\_

### HOSPITALIZATION/SURGERY (HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS)

### IMMUNIZATIONS/VACUNAS

Date(Fecha)	Reason (Motivo)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hepatitis B(Hepatitis)	YES/NO	When(Cuando)	_____
Pneumovax (Neumonia)	YES/NO	When(Cuando)	_____
Flu (Gripa)	YES/NO	When(Cuando)	_____
Tetanus (Tetano)	YES/NO	When(Cuando)	_____

### DRUG ALLERGIES/ALERGIAS A MEDICAMENTOS

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### MEDICATION LIST (LISTA DE MEDICAMENTOS QUE HA TOMADO)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA Y FISICA

- \_\_\_ Sonidos en oídos  
(*Ringing in Ear*)
- \_\_\_ Infección frecuente de oídos  
(*Ear Infections-Frequent*)
- \_\_\_ Mareos/Desmayos  
(*Dizziness/Fainting*)
- \_\_\_ Baja visión  
(*Failing Vision*)
- \_\_\_ Infección de ojos  
(*Eye Infections*)
- \_\_\_ Hemorragias nasales  
(*Nose Bleeds*)
- \_\_\_ Problemas de sinusitis  
(*Sinus Trouble*)
- \_\_\_ Dolor de garganta frecuentes  
(*Sore Throats-Frequent*)
- \_\_\_ Alergias  
(*Allergies*)
- \_\_\_ Neumonía  
(*Pneumonia*)
- \_\_\_ Bronquitis/Tos crónica  
(*Bronchitis/Chronic Cough*)
- \_\_\_ Asma  
(*Asthma*)
- \_\_\_ Dolor de pecho  
(*Chest Pain*)
- \_\_\_ Hipertencion  
(*High Blood Pressure*)
- \_\_\_ Soplo Cardiaco  
(*Heart Murmur*)
- \_\_\_ Tobillos hinchados

- \_\_\_ Sangre en Excrementos  
(*Bloody or Tarry /Stools*)
- \_\_\_ Hemorroides  
(*Hemorrhoids*)
- \_\_\_ Hernia  
(*Hernia*)
- \_\_\_ Infección frecuente de orina  
(*Urine Infections-Frequent*)
- \_\_\_ Sangre en la orina  
(*Blood in Urine*)
- \_\_\_ Cálculos en riñones  
(*Kidney Stones*)
- \_\_\_ Enfermedades venéreas  
(*Venereal Disease*)
- \_\_\_ Secreción en la uretra  
(*Urethral Discharge*)
- \_\_\_ Fatiga Crónica  
(*Chronic Fatigue*)
- \_\_\_ Reciente pérdida de peso  
(*Weight Loss-Recent*)
- \_\_\_ Anemia  
(*Anemia*)
- \_\_\_ Moretones con facilidad  
(*Bruise Easily*)
- \_\_\_ Cáncer
- \_\_\_ Diabetes
- \_\_\_ Enfermedades de tiroides  
(*Thyroid Disease*)
- \_\_\_ Convulsiones

- \_\_\_ Nerviosismo  
(*Nervousness*)
- \_\_\_ Depresión  
(*Depression*)
- \_\_\_ Perdida de memoria  
(*Memory Loss*)
- \_\_\_ Excesivo mal humor  
(*Moodiness-Excessive*)
- \_\_\_ Fobias  
(*Phobias*)
- \_\_\_ Problemas mentales  
(*Mental Illness*)
- \_\_\_ Intolerancia a la leche  
(*Lactose Intolerance*)
- \_\_\_ Problemas de próstata  
(*Prostate Disease*)
- \_\_\_ Sangrado en Rel. Sexual  
(*Sexual Menst. Dysfunction*)
- \_\_\_ Infecciones frecuentes  
(*Frequent Infections*)
- \_\_\_ Difteria  
(*Diphtheria*)
- \_\_\_ Tétanos  
(*Tetanus*)
- \_\_\_ Varicela  
(*Chicken Pox*)
- \_\_\_ Polio  
(*Polio*)
- \_\_\_ Paperas  
(*Mumps*)
- \_\_\_ Sarampión



## BAY COMMUNITY HEALTH Medical History Form

*(Swollen Ankles)*

*(Convulsions/Seizures)*

*(Measles)*

### HISTORIA MÉDICA Y FÍSICA

- Dolor de piernas al caminar  
*(Leg Pain-Walking)*
- Varices/Flebitis  
*(Varicose Veins/Phlebitis)*
- Pérdida de apetito  
*(Loss of Appetite)*
- Dificultad al tragar  
*(Difficulty Swallowing)*
- Indigestión o acidez  
*(Indigestion or Heartburn)*
- Continuos náuseas/vómitos  
*(Persistent Nausea/Vomiting)*
- Úlceras pépticas  
*(Peptic Ulcers)*
- Dolor crónico de abdomen  
*(Abdominal Pain-Chronic)*
- Problemas de vesícula biliar  
*(Gall Bladder Trouble)*
- Ictericia/hepatitis  
*(Jaundice/Hepatitis)*
- Cambios en hábitos intestinales  
*(Change in Bowel Habits)*
- Diarrea  
*(Diarrhea)*
- Estreñimiento  
*(Constipation)*
- Divertículos  
*(Diverticulosis)*
- Colitis

- Derrame cerebral  
*(Stroke)*
- Temblor/manos temblorosas  
*(Tremor/Hands Shaking)*
- Debilidad muscular  
*(Muscle Weakness)*
- entumecimientos/sensación de hormigueo  
*(Numbness/Tingling Sensations)*
- Dolores de Cabeza frecuentes  
*(Headaches-Frequent)*
- Artritis/Reumatismo  
*(Arthritis/Rheumatism)*
- Osteoporosis
- Dolor de Espalda Últimamente  
*(Back Pain-Recurrent)*
- Fractura de huesos/ lesión articulaciones  
*(Bone Fracture/join Injury)*
- Gota  
*(Gout)*
- Dolor en los pies  
*(Foot Pain)*
- Entumecimiento frío en los pies  
*(Cold Numb Feet)*
- Sarpullidos  
*(Rashes/Hives)*
- Picazones  
*(Psoriasis)*
- Inflamación de piel  
*(Eczemas)*

- Rubéola  
*(Rubella)*
- Fiebre Reumática  
*(Rheumatic Fever)*
- Fiebre escarlatina  
*(Scarlet Fever)*
- Tuberculosis
- Herpes

#### ORINA (Urination)

- Noche: más de dos veces  
*(Overnight>tan twice)*
- Dolorosa  
*(Painful)*
- Pérdida de control  
*(Loss of Control)*
- Disminución de fuerza en fluido  
*(Decrease in Force/Flow)*

- Otro *(Other)* \_\_\_\_\_
- Otro *(Other)* \_\_\_\_\_
- Otro *(Other)* \_\_\_\_\_
- Otro *(Other)* \_\_\_\_\_

SOLO PARA MUJERES (Por favor complete)

**(FEMALES)**

Embarazada <i>(Pregnant)</i>	SI	NO	Fluido Menstrual: _____	Normal <i>(Regular)</i>	Días de mucho fluido _____
Planea embarazos <i>(Planning Pregn)</i>	SI	NO	<i>(Menstrual Flow)</i> _____	Anormal <i>(Irregular)</i>	<i>(Days of Flow)</i>
Dolor o sangrado Durante el Sexo <i>(Pain/Bleeding during or after sex)</i>	SI	NO	_____	Dolor/calambres <i>(Pain/Cramps)</i>	Duración del ciclo _____ <i>(Length of Cycle)</i>

**NUMERO DE (NUMBER OF):**

- Embarazos *(Pregnancies)*
- Abortos Involuntarios *(Miscarriages)*
- Abortos Voluntarios *(Abortions)*
- Nacidos vivos *(Live Births)*

- Método de control de natalidad *(Birth Control Method)* \_\_\_\_\_
- Nombre del método de control *(Name of Birth Control Pill)* \_\_\_\_\_
- Fecha última de Citología o Papanicolaou *(Date of Last PAP Test)* \_\_\_\_\_
- Fecha última de mamografía *(Date of Last Mammogram)* \_\_\_\_\_

Usted se hizo el examen para la mujer (Citología -Papanicolaou- y examen de senos) aquí en Bay Community Health? **SI** **No**  
*(Do you have your Well Woman Exam (PAP and Breast Exam) done at Bay Community Health?)*

SI NO LO HIZO; por favor escriba el nombre y ubicación donde usted se hizo el examen de salud para la mujer:  
*(IF NO; Please provide us with the Name and Location of where your Well Woman Exam is done)*

OB/GYN NOMBRE/UBICACIÓN (NAME/LOCATION): \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre y la ubicación de la oficina de Radiología donde se hizo la Mamografía más reciente:  
*(Please provide us with the Name/Location of the Radiology office that your most recent Mammogram was done)*

NOMBRE DE LA OFICINA Y LA UBICACION: \_\_\_\_\_  
**(RADIOLOGY NAME/LOCATION)**



**BAY COMMUNITY HEALTH**  
**Notice of Privacy Practices**  
Effective Date: January 1, 2013

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede obtener esta información.

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

**Nuestro compromiso con usted acerca de cómo proteger su información de salud** Nosotros, en Bay Community Health (BCH) entendemos que la información sobre su salud y su cuidado de la salud es personal. Estamos comprometidos con la protección de esta información privada acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe de nosotros. Necesitamos este registro para proporcionarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de atención médica, ya sea por su médico o profesional de la salud personal o de otras personas que trabajan en esta oficina. Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar información sobre su salud. También describimos sus derechos a la información médica que mantenemos sobre usted, y ciertas obligaciones que tenemos que utilizar o divulgar la misma. La Ley nos obliga a:

- Asegúrnos de que la información médica que lo identifique se mantiene en privado ;
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y de privacidad con respecto a su información médica ; y
- Cumplir con los términos de este aviso actualmente vigente

**Cómo podemos utilizar y divulgar información sobre su salud** Para Tratamiento, Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de cuidado de la salud. Podemos revelar información sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que están involucrados en su cuidado. Ellos pueden trabajar en nuestra oficina, en el hospital si está hospitalizado bajo nuestra supervisión, o en otro, oficina medica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de cuidados de la salud a los que usted puede referirse a consulta, para tomar rayos x, para llevar a cabo pruebas de laboratorio, para surtir sus recetas, u otras razones. La información es necesaria por estos profesionales con el fin de saber qué tratamientos usted necesitará. Se registrarán las medidas adoptadas en el curso de su tratamiento y observar cómo responde. En el caso de un desastre, también podemos revelar información sobre su salud a otra organización que presta asistencia en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación. Las comunicaciones con la familia, usando nuestro mejor juicio, podemos revelar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud de usted relacionada con la participación de esa persona en la que se involucra en su estado si usted no se opone, o en el caso de una emergencia. Citas, Podemos usar su información para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Para el Pago, Podemos utilizar y divulgar su información de salud a terceros a los fines de recibir pago por el tratamiento y servicios que recibe. Por ejemplo, una factura puede ser enviada a usted o a un tercer pagador, como una compañía de seguros o plan de salud. La factura puede contener información que identifica, su diagnóstico y tratamiento o suministros que ha recibido en el curso de la atención. Para operaciones de atención médica, Podemos usar y divulgar información sobre su salud para fines operativos. Por ejemplo, su información puede ser revelada a miembros del personal médico, el personal de riesgo o el personal que mejora la calidad y otros a:

- Evaluar el desempeño de nuestro personal ;





**BAY COMMUNITY HEALTH**  
**Notice of Privacy Practices**  
Effective Date: January 1, 2013

- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y casos similares ;
- Aprender cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios ; y
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y efectividad del cuidado de la salud que proporcionamos.

**Los intercambios de información de salud** Podemos participar en diversos intercambios de información sanitaria para facilitar el intercambio seguro de información sobre su salud electrónica entre dos o varios proveedores de servicios médicos u otras entidades de salud para su tratamiento , pago, u otros propósitos de operaciones de cuidado de la salud . Hemos elegido para participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros pacientes , Inc. ( CRISP ) , un intercambio de información de salud en todo el estado . A medida que lo permita la ley , su información de salud será compartida con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido , una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas . Usted debe “optar por no” y evitar la búsqueda de su información médica disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completar y enviar un formulario de “optar por no” a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org)

**Actividades de supervisión del cuidado de la salud** We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. They are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws. **As Required by Law** We may use and disclose information about you as required by law. For example, we may disclose information for the following purposes:

- Para procedimientos judiciales y administrativos ;
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus funciones , y
- Para reportar información relacionada con las víctimas de abuso , negligencia o violencia doméstica . Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley .

**Para evitar una amenaza seria a la salud y seguridad** Podemos usar o divulgar información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público . Cualquier revelación , sin embargo, sólo se puede hacer a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza . Para la Salud Pública Podemos usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública . Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente :

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para reportar nacimientos y muertes ;
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando , y
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer la enfermedad o condición .



**BAY COMMUNITY HEALTH**  
**Notice of Privacy Practices**  
Effective Date: January 1, 2013

**Militar o veteranos** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separado / descargado del servicio militar, podemos revelar información sobre su salud según lo requieran las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de Veteranos. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas. Compensación de trabajadores, Podemos revelar su información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Médicos forenses, examinadores de salud y directores de funerarias: Podemos revelar información médica a un médico forense o examinador de salud. Por ejemplo, esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones. Presos, Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario policial. Este comunicado puede ser necesario para que la institución le proporcione la atención de la salud, para proteger su salud y seguridad o la de otras personas, o para la protección y la seguridad de la institución correccional. Funciones gubernamentales, Podemos revelar información médica a las funciones especializadas del gobierno tales como la protección de los funcionarios públicos (Presidente de los Estados Unidos y otros), o informar a las distintas ramas de las fuerzas armadas, autorizados oficiales federales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizado por la ley. Demandas y disputas, Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar su información de salud en respuesta a una citación, petición de descubrimiento, u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la petición o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Sus Derechos de Información de Salud** Los registros de salud y de facturación que mantenemos son propiedad física de Bay Community Health. La información contenida en ellos, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a: Inspeccionar y Copiar, Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser usada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros de salud y facturación. Esto no incluye las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y / o copiar información de salud debe solicitar por escrito utilizando el formulario que proporcionaremos a su solicitud. copias de registros médicos pueden ser tratados por una empresa independiente, y una tarifa por esta empresa o por Bay Community Health, es a cuenta del paciente. La tarifa varía en función de los registros y detalles de la solicitud médicos del individuo, y la solicitud será procesada dentro de 2 a 3 semanas de la fecha de la solicitud. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud en circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, usted puede solicitar una revisión de la negación. La persona que realice la revisión no puede ser la misma que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de esta revisión. Derecho a enmendar, si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta; usted nos puede pedir que corrijamos la información. Para solicitar una enmienda que necesita para enviar su solicitud por escrito, en una página de papel, de manera legible a mano o máquina a Bay Community Health, Oficial de HIPAA, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. Además, debe proporcionar la razón de querer modificar la información. Podemos negar su solicitud de



**BAY COMMUNITY HEALTH**  
**Notice of Privacy Practices**  
Effective Date: January 1, 2013

enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si nos pide que corrigamos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda ;
- No es parte de la información de salud que se le permitiría inspeccionar y copiar ; o
- Es correcta y completa .

Any amendment we make to your health information will be disclosed to those with whom we share information as previously described. **Right to an Accounting of Disclosures** You have the right to request a list of accounting for any disclosures of your health information we have made, except for uses and disclosures for treatment, payment, or health care operations, as previously described. To request a list of disclosures, you must submit your request in writing to Owensville Primary Care, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. Your request must state a time frame that may be no longer than six (6) years and may not include dates prior to April 13, 2003. The first list you request within a twelve-month period will be free. For additional lists, we will charge you the cost of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to modify or withdraw your request at that time and before the costs are incurred. We will mail you a list of disclosures in paper form within 30 days of your request, or notify you if we are unable to supply the list within that time period and the date by which we can supply the list, but this date will not exceed a total of 60 days from the date you made the request. **Right to Request Restrictions** You have the right to request a restriction of limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment of your care, such as a family member or friend. **We are not required to agree to your request for restrictions if we are not able to ensure our compliance or if we believe it will negatively impact the care we may provide you.** If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment. To request a restriction, you must make your request in writing to Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. In your request, you must tell us what information you want to limit and to whom you want the limits to apply. **Right to Request Confidential Communications** You have the right to request that we communicate with you about health matters in a certain way or at a certain location. For example; you can ask that we only contact you at work or by mail to a post office box. To request confidential communications, you must make your request in writing to Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must tell us how or where you wish to be contacted. **Right to a Paper Copy of this Notice** You have the right to obtain a paper copy of this notice at any time. To obtain a copy, please request it from Bay Community Health, HIPAA Officer, 134 Owensville Road, West River, MD 20778.

**Cambios a este aviso** We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in our facility. The notice will contain the effective date on the first page.





**BAY COMMUNITY HEALTH**  
**Notice of Privacy Practices**  
Effective Date: January 1, 2013

**Las quejas** Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos . Para presentar una queja con nosotros , póngase en contacto con Bay Community Health, Oficial de HIPAA , 134 Owensville Road, West River , MD 20778. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito . Usted no será penalizado por presentar una queja.

**Acuse de recibo de este Aviso** Vamos a pedir que firme un formulario separado o aviso reconocer que usted ha recibido una copia de este aviso. Si lo desea, o no está en condiciones de firmar , un miembro del personal firmará su nombre y la fecha en el formulario de confirmación. Este reconocimiento será archivada en sus registros .

**Bay Community Health respeta sinceramente sus derechos de privacidad , y hará todos los esfuerzos razonables para proteger su información médica. Es importante que lea atentamente este aviso , y si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de este aviso , por favor, póngase en contacto con :**

**Bay Community Health  
Atención : Oficial de HIPAA  
134 Owensville carretera  
West River MD 20778  
410-867-4700**





## **Bay Community Health**

### **Aviso de Privacidad Reconocimiento de Prácticas**

**Fecha de vigencia : 1 Enero 2013**

Se me ha proporcionado una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad efectivas a partir de la fecha arriba indicada.

---

Nombre del paciente

---

Firma del paciente

---

Fecha



# Autorizacion para la Divulgacion de Registros Medicos

Bay Community Health  
 134 Owensville Road  
 West River, Md. 20778  
 (T) 410-867-4700 (F) 410-867-4934

Yo autorizo la siguiente information de salud a ser divulgada y protegida para los registros medicos de:

_____	_____	_____
Apellido (Last Name)	Nombre (First Name)	Fecha de Hoy (Date)
_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento (DOB)	Correo Electronico (Email)	Telefono (Phone Number)

**Envio de registros**  
 De  
 Para  
 Bay Community Health  
 134 Owensville Road  
 West River, Md. 20778  
 (T) 410-867-4700  
 (F) 410-867-4934

**Envio de Registros**  
 De  
 Para  
 Nombre/Organizacion \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

- Porfavor envie registros     Porfavor llamar cuando los registros esten listos a recoger     Porfavor Fax registros  
 Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que en la medida en que cualquier destinatario de esta información, como se identifica anteriormente, no es una "entidad cubierta" bajo la ley federal o por la Ley Privada de Maryland, la informacion puede no estar protegida por la ley federal o por la Leyes Privadas de Maryland, una vez que se da a conocer al destinatario y, por lo tanto, podrá ser sometido a una nueva divulgación por parte del destinatario.

<b>PARA DAR A CONOCER</b>	<b>Fecha</b>	<b>PARA DAR A CONOCER</b>	<b>Fecha</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Resumen de la tabla	_____	<input checked="" type="checkbox"/> Vacunas	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Visita Medica	Última visita y PE completo	<input checked="" type="checkbox"/> Reportes de Radiologia	últimos 5 años
<input checked="" type="checkbox"/> GYN visita	Urgent care	<input type="checkbox"/> Informes de consultoría	_____
<input type="checkbox"/> Visitas a Cuidado Urgente	_____	<input type="checkbox"/> Hx psiquiatrico completo	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorio	I año pasado	<input checked="" type="checkbox"/> Otro	_____

→ Nota: Si las fechas de los documentos para ser conocidos o los de Proveedores Medicos no se indican, todos los registros de la categoría marcada serán dados a conocer.

**Indique el PROPOSITO de esta divulgacion:** \_\_\_\_\_

I understand that the information in my health record may include information relation to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

I understand I have the right to revoke this authorization I must do so in writing and in response to this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or condition \_\_\_\_\_.

If I fail to specify and expiration date, event or condition, this authorization will expire in six months of dated signature. I understand that authorizing the disclosure of this phi is voluntary. I need not sign this for in order to assure treatment. I understand I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact BCH Privacy Officer.

**I understand that I may incur a charge for the coping or inspection of patient records. A minimum clerical fee of \$\_\_\_\_\_ and per page fee of \$\_\_\_\_\_.**

_____	_____	_____
Signature of Patient or Patient Representative	Printed Name/Relationship of Patient Representative	Date

**If documents are being picked up at BCH, from someone other than the patient. This authorization form must indicate this accordingly**

_____	_____	_____
Signature of person picking up documents	Printed Name/Relationship	Date





## BAY COMMUNITY HEALTH

### Proyecto de ley de los derechos y Responsabilidades del Paciente

Bay Community Health se compromete a proporcionar atención médica de calidad. Un paciente bien informado que participa en las decisiones de tratamiento y se comunica abiertamente con sus profesionales de la salud, es un paciente que en última instancia será de gran beneficio en su constante cuidado de la salud.

#### Usted tiene el derecho ...

- A ser considerada y respetada con su primera llamada telefónica a través de su visita a la oficina, y la atención de seguimiento.
- A conocer los nombres y la situación profesional de las personas que le prestan el servicio.
- A la privacidad / confidencialidad con respecto a su propio programa de atención de salud y registros médicos..
- A participar en la elección de una forma de tratamiento.
- A aceptar o rechazar cualquier cuidado o tratamiento.
- A examinar y recibir una explicación de todos los cargos.
- A recibir información completa y el asesoramiento o la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención médica.
- A la atención oportuna para cualquier pregunta, queja o problema con respecto a los servicios y / o procedimientos de OPC

#### Usted tiene la responsabilidad ...

- De ser honesto acerca de su Historia Medica.
- De seguir las instrucciones de los asesoramientos de salud.
- De reportar cualquier cambio significativo en los síntomas o la falta de mejoría.
- De mantener y disponer de una lista de medicamentos detallados y actualizados.
- De proporcionar tiempo suficiente para hacer "seguimiento" y "citas anuales" para asegurar la disponibilidad de citas.
- De cumplir con las citas o proporcionar 48 horas de anticipación para la cancelación..
- De asegurarse de obtener las formulas medicas en el momento de su visita al consultorio. Si hizo una llamada para una remision de su formula medica, espere un mínimo de 48 horas de aviso.
- De permitir 3-5 días laborables para las remisiones especiales.
- De permitir 5-7 días laborables para terminaciones de formularios. Los formularios deben ser completados / firmado por el paciente; algunos formularios requerirán una cita y algunos formularios pueden incurrir costos a cargo del paciente.
- De tener conocimiento y estar bien informado acerca de su cobertura de seguro de salud, especialmente en lo que respecta a:
  1. Formulas Medicas/ Formularios de Medicamentos
  2. Proveedores de laboratorio preferidos.
  3. Proveedores en Especialidades del Cuidado, las políticas y procedimientos
  4. Servicios medicos no cubiertos.
- De apagar sus celulares mientras esta en las instalaciones del servicio medico.
- De ser respetuoso con los otros pacientes, visitantes y personal de trabajo.



## Bay Community Health

Bay Community Health da la bienvenida a usted y su familia, y nosotros apreciamos la oportunidad de ofrecer sus servicios de atención de salud. Por favor lea la siguiente información que se proporciona para ayudar a satisfacer sus necesidades y responder a preguntas sobre nuestra práctica.

### Horas de oficina

#### Office Hours

	<u>West River</u>		<u>Shady Side</u>	
	<u>Medical</u>	<u>Behavioral Health</u>	<u>Medical</u>	<u>Behavioral Health</u>
Lunes	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 5:00 pm	Closed
Martes	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 7:00 pm	7:00 am – 5:00 pm	Closed
Miércoles	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 7:00 pm	7:00 am – 5:00 pm	Closed
Jueves	8:00 am – 7:00 pm	8:00 am – 7:00 pm	8:00 am – 5:00 pm	8:00 am – 5:00 pm
Viernes	8:00 am – 4:30 pm	8:00 am – 4:00 pm	8:00 am – 4:00 pm	Closed
Sábado	Closed	8:00 am – 2:00 pm	Closed	Closed
Domingo	Closed	Closed	Closed	Closed

### La Programación De Citas

- Pacientes establecidos por favor llegue 15 minutos antes de la hora programada.
- Nuevos pacientes por favor llegue 30 minutos antes de la hora de la cita.
- Visitas por enfermedad son programados para el mismo día o dentro de las 48 horas de solicitud de cita.
- Citas para el mismo día y entrar sin cita previa, se otorgan en base a la disponibilidad.
- El seguimiento de las visitas al consultorio están programadas a la salida.
- Exámenes físicos / examen de la mujer se programan dentro de 2 a 6 semanas de solicitud de cita.
- Nuestros médicos pueden ocasionalmente estar atrasados, y su visita se puede retrasar. Nuestro personal tratará en informarle si esto ocurre.
- Se solicita aviso de 48 horas sobre cancelaciones.

### Devolver mensajes telefónicos

Nuestros médicos y / o apoyo médico personal intentan devolver todos los mensajes de una manera oportuna. La devolución de llamadas se hacen a menudo durante el día.

### Recetas

Nuestros médicos creen que los pacientes deben ser evaluados antes de recetar nuevos medicamentos. Las recargas de recetas deben hacerse a través de la farmacia, la cual requiere que los pacientes informen a su farmacia con 48 horas de anticipación. Medicamentos "sustancia controlada" no se prescriben los viernes o el día antes de un día de fiesta federal y en la mayoría de los casos requerirá una cita con su médico general. Algunas recetas escritas deben ser recogidas en la oficina y no pueden ser llamadas para una farmacia. Para evitar retrasos con renovaciones de medicamentos, por favor revise la necesidad de medicamentos en cada visita al consultorio.

### Remisiones

Tal vez necesite una remisión médica de especialidad y / o de urgencia. BCH requiere de 5 días hábiles para procesar estas referencias. En muchos casos se solicita una evaluación de oficina para determinar la necesidad de la referencia. Atención de urgencia y / o servicio de urgencias también pueden requerir autorización previa. Por favor, pongase en contacto con la oficina dentro de las 48 horas para un servicio de atención de urgencias o visita al departamento de urgencia para determinar el tiempo que haya sido autorizada. Por favor, recuerde que hay muchas compañías de seguros de salud muchas más políticas individuales. Es responsabilidad del paciente a conocer y cumplir con las regulaciones de su cobertura de seguro.

### Registros médicos/ Formularios médicos

Con el fin de obtener una copia de los registros médicos de BCH, pacientes deben completar un formulario "solicitud de registros médicos" y permitir un mínimo de 5 días hábiles para su procesamiento. El proceso varía en función del tamaño del expediente médico, pero la tasa de base es típicamente \$25.00. No hay ningún cargo para obtener copias de los registros de vacunación o registros relacionados con Estado de Compensación al Trabajador de Maryland. Dependiendo de la forma, puede haber una carga aplicada a la factura del paciente para este procesamiento. También puede ser necesario que el paciente debe ser evaluado en la oficina antes de completar el formulario.







**Bay Community Health**  
**134 Owensville Road**  
**West River MD 20778**  
**Telefono: 410 867-4700 / Fax: 410 867-4934**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Numero de Telefono del Paciente para ser contactado:** \_\_\_\_\_

**Por favor, indique a otras personas con quienes podemos contactar en su nombre e indique su relación con usted :**

<b>Nombre</b>	<b>Relacion con el Paciente</b>	<b>Telefono #</b>	<b>Tipo de Telefono</b>
			<b>C T C</b>
			<b>C T C</b>
			<b>C T C</b>
			<b>C T C</b>
			<b>C T C</b>

**Comentarios adicionales del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre Legible:** \_\_\_\_\_

**BHC Employee Initials:** \_\_\_\_\_

