

Hoy es: ___/___/___

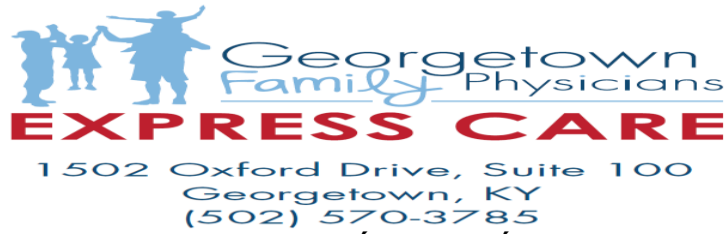
FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE							
Nombre del Paciente		Apellido		Primero	Segundo	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado Civil (trazar círculo) Soltero/Casado/Divorciado /Sep/ Viudo
¿Es éste su nombre legal?		Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?		Fecha de Nacimiento		Edad Sexo	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	
Dirección de su Casa		Ciudad		Estado		Código Pos.	
Número del Teléfono Celular		Dirección de Corr. Elec. (Se usará para recordarle las citas)		Teléfono de la Casa		()	
()							
Ocupación		Empleador		Teléfono del Empleador			
Tipo de Empleo: <input type="checkbox"/> 1 – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> 2 – Tiempo Medio <input type="checkbox"/> 3 – No Trabaja <input type="checkbox"/> 4 – Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> 5 – Retirado <input type="checkbox"/> 6 – Militar Activo Tipo de estudiante: <input type="checkbox"/> F – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> P –Tiempo Medio <input type="checkbox"/> N – No es Estudiante							
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se Negó a Responder							
Minoría Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es Ni Hispano Ni Latino <input type="checkbox"/> Se negó a Responder							
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____							
Farmacia:				¿Tiene usted testamento vital? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Quién lo Refirió? (Favor de Marcar una Casilla)							
<input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Otro _____							
Otros Familiares que Se Han Atendido Aquí							
Nombre de Su Médico Primario o de Cabecera:				Número Telefónico:			
INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DEL PAGO						(información usada para estados de cuenta del paciente)	
Responsable: <input type="checkbox"/> Otro Paciente <input type="checkbox"/> Persona que Garantiza el Pago <input type="checkbox"/> Usted		<input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma que la del paciente					
Nombre		Dirección		Teléfono de la Casa			
Fecha de Nacimiento		Dirección de Correo Electrónico		()			
/ /							
Ocupación		Empleador		Dirección del Empleador		Teléfono del Empleador	
						()	
INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURANZA						(cuando llegue, entregue su tarjeta del seguro en el mostrador)	
¿A Qué Se Debe Esta Visita? <input type="checkbox"/> SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (WC, por sus siglas en inglés)							
<input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL (OM, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN VEHÍCULO (MVA, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> FECHA DEL ACCIDENTE							
¿Tiene el paciente seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
Nombre del Asegurado:		No. de Seguro Social:		Fecha de Naci.	Seguro Desde	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)
		- -		/ /	/ /		
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____							
Nombre de la Aseguranza Secundaria		Nombre del Asegurado		Fecha de Naci.	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)	
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____							
EN CASO DE UNA EMERGENCIA, COMUNÍQUENSE CON:							
Nombre (Apellido, Primero)		Relac. o Parentesco con el Paciente		Teléfono de la Casa		Otro Teléfono	
				()		()	

Estoy de acuerdo en que, a mi saber, la información que se da en esta forma es exacta y está al día. Doy permiso para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos enviados por el Centro a cualquier número de celular y/o dirección de correo electrónico que se ha dado aquí; se podrán enviar recordatorios de citas, cuentas, recibos de pago o materiales de mercadotecnia. Comprendo que la atención del paciente la dirige su médico y doy permiso para que se me presten los servicios que sean los adecuados para atenderme según los ordene(n) mi(s) médico(s).

Firma del Paciente/Tutor

Fecha



AVISO DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

En nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad se da información acerca de cómo pudiéramos usar y dar a conocer la información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). En la Notificación está la sección llamada “Derechos del paciente” en que se describen cuáles son los derechos que le da a usted la ley. Usted tiene el derecho de examinar nuestra Notificación antes de firmar este aviso de recibo. Los términos de nuestra Notificación podrán cambiarse; si cambiamos nuestra notificación, puede pedir la copia con los cambios comunicándose con nuestro consultorio, o usted recibirá la notificación nueva la próxima vez que se atienda en nuestro consultorio.

El consultorio le entrega este formulario en cumplimiento con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El paciente comprende lo siguiente:

- Que en el consultorio está la Notificación de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de examinar esta notificación.
- Que la información protegida sobre la salud se puede dar a conocer o usar para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- Que el consultorio se reserva el derecho de cambiar la notificación de prácticas de privacidad.

Recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente o representante, en letra de molde

Firma

Fecha

Relación o parentesco con el paciente (si la persona no es el paciente) _____

Marque aquí, si el paciente se negó a llevarse una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Señale el motivo por el cual se negó, si se conoce:

Testigo _____

Nombre, en letra de molde - Representante del consultorio

Testigo _____

Firma

Fecha



POLÍTICA ECONÓMICA

Gracias por seleccionarnos para que seamos su centro de atención médica. Nuestra Política Económica aparece a continuación. Nuestra preocupación principal es que usted reciba el tratamiento adecuado y óptimo que necesita para restablecerle y preservarle la salud. Por tal motivo, si desea hacer alguna pregunta o lo preocupa algo acerca de nuestras políticas de pago, tenga la amabilidad de no tener ninguna duda en preguntárselo a nuestros empleados.

1. La reclamación se presentará ante su aseguradora como una fina cortesía de nosotros hacia usted; sin embargo, usted es el responsable de toda la cuenta. **Todos los copagos, los deducibles que no se han pagado y los demás servicios que son responsabilidad del paciente tienen que pagarse en el momento de la visita.** Usted es el responsable de pagar los servicios, si su aseguradora aplica los cargos facturados a su deducible, le niega los servicios o considera que los servicios no están cubiertos. **Si no está asegurado, se espera que usted lo pague todo en el momento de la visita.**
2. Si su aseguradora no paga la reclamación dentro de un plazo razonable (de 45 a 60 días), en tal caso, usted podría hacerse responsable de la cuenta. Si el pago de quien dio la garantía no se recibe dentro de un plazo razonable, o si se nos devuelve la carta porque no se puede entregar, le enviaremos su cuenta a una agencia externa de cobranzas.
3. Si el plan de seguros suyo exige que haya referido o autorización anticipada, tiene que presentar uno de estos documentos junto con su tarjeta de la aseguradora en cada visita. Si no tiene el referido cuando llegue a la cita, usted será el responsable de pagar la visita.
4. A los cheques devueltos por falta de fondos se les hará el cargo por la entrega de cheques sin fondos. Se podrá hacer un cargo por faltar a las citas.
5. **CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN Y SOLICITUDES DEL PACIENTE.** Certifico que es correcta la información que he dado al solicitar que se haga el pago basado en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare). Autorizo a toda persona que tenga información médica o de otro tipo sobre mi persona a que se la dé a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradora, siendo esta información necesaria para esta reclamación o las demás reclamaciones relacionadas con Medicare. Solicito que se haga en mi nombre el pago por cesión de beneficios.
6. **ACUERDO ECONÓMICO.** Considerando los servicios que se le proporcionarán al paciente, la persona que firma más abajo tiene la obligación de pagarle al centro médico sus tarifas y dentro de sus plazos habituales; además, si la cuenta se le manda a un abogado o agencia de cobranzas, pagar los honorarios razonables de abogado y gastos de cobranza. Por este medio, la persona que firma más abajo le cede al centro médico todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. La persona que firma más abajo acepta hacerse responsable de los cargos que no pague la aseguradora. Queda entendido que la obligación de pagarle al centro médico no se puede posponer por ningún motivo, inclusive por demandas judiciales pendientes contra otros para que se le indemnicen gastos médicos.
7. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO HABITUAL.** Consiento por este medio en que se hagan los procedimientos diagnósticos y/o los tratamientos médicos que mi(s) médico(s) considere(n) que son necesarios o convenientes en _____. Consiento por este medio en que se hagan todos los procedimientos por parte de enfermeros y técnicos y análisis y pruebas que mande(n) mi(s) médico(s). Comprendo que para mi atención médica podría hacer falta recoger muestras de mi cuerpo, inclusive de líquidos y tejidos. Por tal motivo, se me podría extraer sangre o tejidos durante las pruebas o análisis, tratamientos o cirugía. Además, entiendo que si empleados del hospital o de emergencias médicas, médicos u otro(s) entran en contacto con mi sangre o líquidos corporales o reportan que esto sucedió, se me analizará la sangre para encontrar infecciones transmitidas por la sangre, inclusive la hepatitis C y VIH/sida. Estoy consciente de que el ejercicio de la medicina y cirugía no es ciencia exacta, y reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía a consecuencia de los tratamientos o examen en _____. Tengo el derecho de rechazar las pruebas, análisis y tratamientos (en la medida que lo permiten las leyes) y que se me diga lo que pudiera pasar si lo hago. Tengo el derecho de que no se me haga ninguna foto o video, a no ser que yo esté de acuerdo con eso, a excepción de cuando sean necesarios para recibir tratamiento.
8. **OPCIÓN DE TRANSMITIR ELECTRÓNICAMENTE LA INFORMACIÓN MÉDICA EN EL MOMENTO DEL ALTA:** Doy mi autorización para que [- _____] proporcione una copia de la historia clínica de mi tratamiento, el resumen del alta y un resumen del expediente de atención a mi(s) médico(s) de atención primaria, médico(s) especialista(s) o a todos los proveedores o establecimientos de atención médica indicados en los documentos de mi alta para facilitar mi tratamiento y la continuidad de los cuidados. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y demás información sobre otras enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionadas con abortos provocados. El resumen del expediente de atención consiste en la información de mi historia clínica, entre otra, la información acerca de los procedimientos y los exámenes de laboratorio realizados durante esta internación, mi plan de atención, una lista de mis problemas actuales y pasados, y la lista de mis medicamentos actuales. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al encargado de la privacidad (Privacy Officer). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. La presente autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que mi tratamiento actual termine.
9. **INSTRUCCIONES POR ADELANTADO PARA URGENCIAS:** He firmado las Instrucciones por Adelantado para Urgencias
 No he firmado las Instrucciones por Adelantado para Urgencias

He leído y entiendo por completo la Política Económica, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del paciente o representante legal de servicios de atención médica

Fecha

Si firma otra persona que no es el paciente:

Relación o parentesco del representante

Motivo por el cual la persona no puede firmar, por ejemplo es menor de edad o está incapacitado legalmente

TOMANDO CUIDADO DE SU SALUD A TRAVÉS PORTAL DEL PACIENTE



Al registrarse en el Portal del Paciente, un correo electrónico será generado por su consulta médica y enviado a la dirección de correo electrónico que especificó durante la inscripción. Este correo electrónico contendrá su ID de usuario y contraseña para iniciar sesión en Patient Portal. Una vez conectado, se le pedirá que ingrese su fecha de nacimiento y el número de teléfono que se encuentra en el archivo con su clínica. A continuación, se le pedirá que cambie su contraseña y que configure una pregunta de seguridad. Si no recibe un correo electrónico dentro de las 24 horas, comuníquese con su clínica. Asegúrese de revisar su buzón de correo electrónico "basura".

¿Qué debo hacer si tengo problemas de contraseña o de inicio de sesión?

- Si olvida su contraseña, haga clic en el botón "Olvidó su contraseña" en el enlace del sitio web y siga las instrucciones en pantalla.
- Si olvida su identificación de inicio de sesión, llame o visite su clínica y puede proporcionar su ID de inicio de sesión. Si usted se bloquea fuera del Portal del Paciente, por favor póngase en contacto con su clínica para que puedan desbloquear su cuenta.

¿Qué hago si no puedo acceder al sitio web?

- En primer lugar, verifique que su Internet funcione accediendo a un sitio web común, como google.com o yahoo.com.
- Si no puede acceder a ningún sitio web, póngase en contacto con su proveedor de servicios de Internet.

Si no puede acceder al sitio web del Portal del Paciente pero puede acceder a otros sitios web, llame a su consulta.

Si tiene alguna pregunta sobre qué información se encuentra en su Registro Personal de Salud (PHR), comuníquese con su consulta.

Consejo: compruebe su carpeta Spam y asegúrese de permitir todos los correos electrónicos de reminders@eclinicalmail.com.

¡MIRA! LO QUE PUEDES HACER A TRAVÉS DE TU PORTAL DEL PACIENTE

The screenshot shows a patient portal interface. On the left is a navigation sidebar with categories: Medical records, My Account, Messages, Appointments, Health Tracker, Education, and My Devices. The main content area features a welcome message, a medical emergency warning, and three primary sections: medical records, current medication, and latest lab results. A 'recent referrals' section is also visible. Annotations with red arrows point to the 'Sign Out' button, the 'request refill' button, and the 'Messages' section.

health portal
Powered by eClinicalWorks

COLLAPSE ALL

Dashboard

Medical records
Lab / Diagnostic R...
Visit Summary
Personal Health Record
PHR-View
Referrals

My Account
Personal Information
Additional Information
Reset Password
Latest Statement
Past Statement
Transmit Logs

Messages
Inbox
Refill Requests
Ask Doctor

Appointments
Upcoming Appointments
Historical Appoint...

Health Tracker
Reminders

Education
Patient Education

My Devices

Hi Csb,

IF YOU THINK YOU MAY HAVE A MEDICAL EMERGENCY, CALL YOUR DOCTOR OR 911 IMMEDIATELY.
NOT FOR EMERGENCIES. THE PATIENT PORTAL IS NOT FOR USE FOR MEDICAL EMERGENCIES OR UGENT SITUATIONS

Welcome,
Patient Portal is a way to have access to your Personal Health Records (PHR) 24/7 via the internet. Through your Patient Portal access you are able to send a secured message to your provider. We are here to assist you with your medical needs. Our goal is to ensure a healthier community in which we serve.

MORE

medical records
Personal Health Record can be requested by clicking on the Request PHR on the right side.
Request PHR
View Medical Records

current medication
Penicillin V Potassium 500 MG
request refill
View all meds

latest lab results
Lab: Date:
RAPID STREP IN-HOUSE (STREP A ASSAY) 01/16/2013
XRAY CHEST PA & LATERAL 01/16/2013
View all my labs

recent referrals
referral to: valid until:
Caren Tobin Aaron 01/27/2015
TEST Provider 04/24/2014
Provider CBO 03/06/2014
View all referrals

Don't forget to sign out when you are done.

You can request a refill by clicking on the medication or request refill.

Messages: This section is where you can look at incoming messages (Inbox), request a medication refill (Refill Request), and send your provider a Secured Message (Ask Doctor), through a secured e-mail message to your Provider's office.



POLÍTICAS DE LA OFICINA

**** Por favor esté preparado para presentar su tarjeta de seguro en cada visita. ****

Es esencial que usted proporcione toda la información necesaria sobre su seguro, tanto primario como secundario. Dado que los cambios en la cobertura de seguro son frecuentes, es nuestra política para obtener una copia de su (s) tarjeta (s) para el seguro aplicable.

Nuestra clínica ofrece a nuestros pacientes acceso fácil y privado a su información médica en línea a través de nuestro Portal de Pacientes. Puede ver su historial de salud personal y enviar mensajes seguros al proveedor. Para obtener acceso a nuestro servidor seguro en Patient Portal y habilitarlo en la Web, simplemente regístrese proporcionándonos una dirección de correo electrónico personal (que no sea de trabajo).

Resultados de laboratorio y pruebas

Nuestra oficina utiliza LabCorp. Es nuestra política informar a los pacientes acerca de cada prueba (radiografía o sangre) ordenada a través de nuestra oficina. Si no tiene noticias de nosotros dentro de los 7 días, por favor llámenos al (502) 570-3785 y pregunte acerca de sus resultados.

Recargas de prescripción

Por favor llame a su farmacia directamente para solicitudes de repuesto. Si llama a la oficina, llame por favor solamente una vez. Tenga en cuenta que las recargas pueden tardar hasta 24 HORAS en procesarse, así que por favor planifique en consecuencia.

Formas y Cartas

Por favor, espere 5-7 días hábiles para completar cualquier formulario o carta. Tenga en cuenta que cualquier formulario que se haya completado puede requerir una visita. Los formularios no se pueden enviar por fax o por correo. Hay una tarifa de formulario de \$ 15 para todos los formularios FMLA y de Discapacidad a Corto / Largo Plazo. Este es un servicio no cubierto y no pagadero por el seguro. Esta cantidad se debe al momento en que los formularios se envían a nuestra oficina.

Política tardía

Si llega con más de 15 minutos de retraso para su cita, es posible que se le pida que vuelva a programar.

No más especáculos

Si no puede hacer su cita programada, comuníquese con la oficina las 24 horas o tan pronto como sea posible. Su cancelación nos permite atender a pacientes que de otra manera no han sido vistos. Si no se cancela por adelantado y no se presenta a la oficina para su cita, esto se considera una cita "No show". Esta oficina se reserva el derecho de despedir a un paciente de la práctica después de tres citas consecutivas perdidas en un período de 12 meses.

Registros médicos

Un formulario de solicitud médica debe ser llenado completamente y firmado por el paciente o tutor legal.

Los expedientes médicos enviados a un nuevo proveedor, especialista o escuela para la continuidad de la atención serán enviados a la instalación solicitante sin costo alguno. Los registros médicos entregados al paciente (primera copia gratis) o solicitados por agencias externas se cobrarán una tarifa de \$ 25 por 1 a 25 páginas y luego \$ 1 por página por página después de los primeros 25 (máximo \$ 50)

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo su información de salud puede ser utilizada y compartida/divulgada, y cómo Ud. puede obtener acceso a esta información. Por favor, revise esto cuidadosamente.

Sus derechos

Ud. tiene derecho a:

- obtener una copia en papel o de forma electrónica de su expediente médico;
- proveemos por escrito un pedido para que corrijamos su expediente médico en papel o en forma electrónica;
- requerir comunicación confidencial;
- pedimos que limitemos la información que compartimos/divulgamos;
- obtener una lista de aquellos con los cuales hemos compartido/divulgado su información - esta es una lista de las instancias en las que compartimos/divulgamos la información por otras razones que no son por pago de tratamiento o por acciones operativas de atención de salud para las cuales no se necesitó autorización;
- obtener una lista de estas prácticas de privacidad;
- elegir a alguien que actúe en su nombre.

Sus opciones

Ud. tiene algunas opciones con respecto a la manera en la que utilizamos y compartimos/divulgamos su información a medida que nosotros:

- platicamos con su familia y amistades acerca de su condición, si es que ellos están involucrados en su atención de salud y en su tratamiento, o si preguntan por Ud. con su nombre;
- le notificamos a su médico de cabecera acerca de los servicios que le proveímos en el hospital;
- le proveemos ayuda por damnificación debido a una catástrofe;
- lo incluimos en el directorio del hospital, al menos que Ud. nos pida que no lo hagamos;
- le proveemos atención de salud mental;
- publicitamos nuestros servicios y vendemos su información con su permiso o la utilizamos con fines de captación de fondos.

Otros usos y divulgaciones

Es posible que utilicemos y compartamos/divulguemos su información a medida que nosotros:

- le brindamos tratamiento;
- operamos nuestra organización;
- realizamos cobranzas por servicios que le proveímos;
- ayudamos con temas de salud pública y seguridad;
- realizamos investigaciones;
- cumplimos con la ley*;
- respondemos a pedidos de donaciones de órganos y tejidos;
- trabajamos con médicos forenses o directores funerarios;
- respondemos a pedidos de compensación de trabajadores, agencias del orden público y otras agencias gubernamentales;
- respondemos a juicios y acciones legales.

* Para mayor información, pida una versión ampliada de nuestras prácticas de privacidad.

OHCA, por sus siglas en inglés; Acuerdo de atención de salud organizada

Este aviso es aplicable a todas las áreas de servicios de Georgetown Community Hospital, así como a todos los médicos y demás proveedores de la salud que ejercen su profesión en estas instalaciones, y que son parte de nuestro acuerdo de atención de salud organizada (OHCA). También es aplicable a: Bluegrass Pediatrics and Internal Medicine - Georgetown, Central Kentucky General Surgery, Central Kentucky Oncology and Hematology, Central Kentucky Radiology, Central Kentucky Urology, Dialysis Clinic, Inc., ENT Associates of Central Kentucky, Gastroenterology and Hepatology of the Bluegrass, Georgetown Bariatrics & Advanced Surgical Services, Georgetown Cardiology, Georgetown Family Physicians, Georgetown Family Physicians Express Care, Georgetown Neurology & Neurodiagnostics, Georgetown Orthopaedics and Sports Medicine, Kentucky Anesthesia Services, Lexington Infectious Disease Consultants, PSC, P & C Labs and TeamHealth

Sus derechos

La ley nos exige que protejamos la privacidad de su información y que le notifiquemos de ciertas infracciones con respecto a su información. Le estamos entregando este aviso a Ud. para poder explicarle nuestras prácticas de privacidad. Nos acataremos a las prácticas en este aviso o a las descritas en el último aviso que esté vigente. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras políticas y avisos de prácticas de privacidad en cualquier momento. De hacer algún cambio significativo, actualizaremos este aviso y publicaremos un nuevo aviso. Ud. también puede pedir en cualquier momento una copia en papel de nuestro aviso.

My HealthPoint es el portal para el paciente de Georgetown Community Hospital's. Es un emocionante programa diseñado para mejorar su atención de salud y hacer que las visitas a los consultorios sean más fáciles y más convenientes. Compartiremos/divulgaremos la información demográfica, de seguro de salud y médica (colectivamente referida como: "su información de salud") con MyHealthPoint para que Ud. la pueda ver. Esta información puede ser vista por Ud. y/o por cualquier persona con quien Ud. la comparta, por Relay Health (el proveedor del portal My HealthPoint) y por el LifePoint Health Support Center (Centro de apoyo de LifePoint – HSC, por sus siglas en inglés), los cuales actúan como asociados de negocios de LifePoint Health. Relay Health y el LifePoint HSC han sido contratados para mantener, asegurar, monitorear y evaluar las operaciones del portal para el paciente My HealthPoint. Relay Health y el LifePoint HSC también podrán acceder su información de salud solamente con los fines que se han declarado.

Quejas

Para presentar una queja, o informar sobre una preocupación o conflicto, por favor llame al número que se detalla a continuación:

Georgetown Community Hospital

Privacy Officer - Belinda Newsted

(502) 868-1230

Si Ud. prefiere informar de forma anónima sobre una preocupación, puede llamar al 1-877-508-LIFE (5433). También puede enviar una queja por escrito al United States Department of Health and Human Services (HHS, por sus siglas en inglés; Depto. de salud y de servicios humanos de los EE.UU.), si Ud. siente que no hemos manejado satisfactoriamente su queja. Ud. puede utilizar los datos de contacto mencionados anteriormente para pedir la dirección postal del HHS. Bajo ninguna circunstancia se tomará represalias en su contra por haber presentado una queja.

Para mayor información

Pídale a cualquiera de nuestros representantes de registro de pacientes un resumen cabal y detallado de nuestras prácticas de privacidad.



Georgetown Community Hospital
1140 Lexington Rd, Georgetown, KY 40324
(502) 868-1100