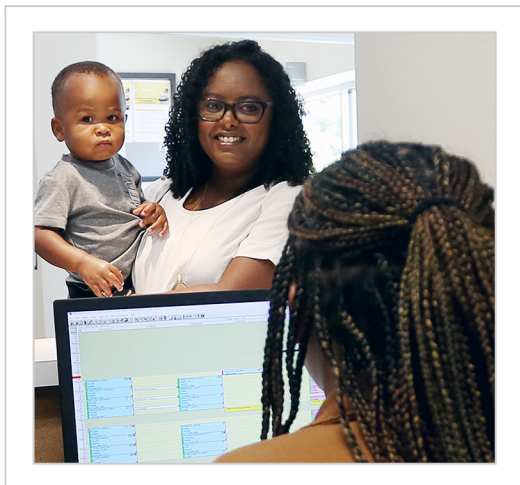


# TODOS SON BIENVENIDOS A PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER!



Promise es un centro de salud comunitario, lo que significa que procuramos servir a toda la comunidad, sin importar el idioma, el origen o el estado de seguro médico.

Si tiene ingresos bajos y no tiene seguro médico, nos encantaría atenderle y podemos ofrecerle un descuento en los servicios. También le apoyaremos ante cualquier otra barrera en su camino hacia una mejor salud.

## PAGAR POR LOS SERVICIOS SEGURO



Promise Community Health Center presentará su reclamo a cualquier compañía de seguros privada así como a Medicare y Medicaid por usted. La información y la tarjeta del seguro del paciente deben ser presentadas cuando se preste el servicio.

Promise CHC es un proveedor participante en muchos planes de seguro incluyendo Medicaid, Medicare, Wellmark y muchos otros. Los pacientes tendrán que comprobar la cobertura con sus planes de seguro individuales.



\*Los pacientes tendrán que comprobar el plan individual para ver si están en la red con el seguro.

\*Promise Community Health Center no acepta ningún plan de descuento de seguros.

\*Los planes de seguro en los que participa Promise Community Health Center están sujetos a cambios sin previo aviso.

Si tiene preguntas sobre su plan de salud, póngase en contacto con nuestra clínica y solicite hablar con una Consejera Financiera.



## MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS

En el mercado de seguros se pueden encontrar planes de seguro médico que se ajusten a sus necesidades y a su presupuesto. Hay planes gratuitos y de bajo costo, y se puede obtener ayuda financiera en función de sus ingresos. Si no tiene un seguro médico o quiere ver si puede optar a una cobertura más asequible, programe una cita con una de nuestras Consejeras Financieras o puede visitar [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

# ESCALA DE DESCUENTOS

## POLÍTICA DEL PROGRAMA



Todos los pacientes pueden solicitar para el programa de la escala de descuento de Promise. La elegibilidad se basa en el tamaño de la familia y los ingresos. Los pacientes que son aprobados para la escala de descuento son elegibles para los servicios con descuento. Hable con nuestras consejeras financieras para saber cuál de nuestras opciones de pago es más conveniente.

### COMO SOLICITAR

Una vez que usted sea paciente de Promise Community Health Center, una consejera financiera estará disponible para reunirse con usted y ayudarlo a inscribirse en el programa de descuento. Usted debe completar una solicitud en el momento de la visita y proporcionar prueba de ingresos dentro de los 30 días.

#### ¿QUÉ SE CONSIDERA UNA FORMA DE INGRESO VÁLIDA?

- Impuesto federal sobre los impuestos actuales (Formulario 1040-1040 EZ)
- Talones de pago del último mes
- Estado de cuenta bancario actual que muestre el depósito directo (SS,SSI,Fip, Manutención de Niños)
- Copia impresa de la oficina que emite los pagos (SS, SSI, SSD, desempleo, VA, etc.)
- Pagos de pensión, beneficios para veteranos
- Orden judicial de pensión alimenticia o manutención de los hijos o copia impresa de los pagos de manutención de los hijos
- Declaración del empleador para los salarios en efectivo (debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador)
- Carta de adjudicación
- Carta del cuidador

### PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ESCALA DE DESCUENTO

#### SLIDING SCALE FEE



**¿Qué es la escala de descuentos?** La escala de descuento es una herramienta para determinar cuánto deben pagar los pacientes después de recibir atención médica/dental. La escala de descuento se basa en el tamaño de la familia y los ingresos. Para calificar para nuestra escala de descuento, el paciente tendrá que completar una solicitud en el momento de la visita y proporcionar prueba de ingresos dentro de los 30 días. A ningún paciente se le negarán los servicios por su capacidad de pagar.

**¿Acaso Promise Community Health Center es una clínica gratuita?** No, los pacientes son responsables de una parte del precio de los servicios.

**¿Quién paga por los servicios que tienen descuento?** Recibimos becas y donaciones para ayudar en compensar los servicios descontados para la atención de los pacientes.

**¿Tengo que ser ciudadano estadounidense para solicitar para la escala de descuento?** No, los pacientes no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para poder solicitar la escala de descuentos.

**¿Qué pasa si no tengo empleo y no tengo ningún ingreso?** Los pacientes aún pueden solicitar a través del programa de descuentos. Nuestras consejeras financieras podrán ayudarlo con este proceso.

**¿Si tengo un seguro médico puedo obtener el beneficio de la escala de descuentos?** Sí, tendrá que completar una solicitud en el momento de su visita y proporcionar una prueba de ingresos dentro de 30 días.

**¿Cuándo se debe pagar la cuota nominal?** La cuota nominal es un cargo fijo o un porcentaje fijo del costo del servicio y no refleja el valor real del servicio proporcionado. Esta cuota nominal se debe pagar en el momento de su visita. La cuota nominal será sólo para la visita al consultorio. Pueden aplicarse cargos adicionales por suministros, laboratorios, radiografías y servicios de cirugía/rehabilitación dental.

# TIPOS DE PAGO ACEPTADOS



Promise Community Health Center acepta efectivo, cheques, tarjetas de crédito.

Para su conveniencia, también puede pagar sus facturas en línea por medio a través del portal del paciente. Puede ser útil tener el estado de cuenta frente a usted, ya que tendrá la información necesaria. Los pagos se procesarán dentro de tres días laborables. Puede acceder al portal del paciente en [promisechc.org](http://promisechc.org).

El pago de facturas dentales en línea NO está disponible. Puede pagar en efectivo, con cheque o con tarjeta de crédito. Por favor llame al 712-722-1700 con cualquier pregunta sobre su factura.

Los pagos en efectivo y con cheque pueden enviarse por correo a la dirección indicada a continuación.

Promise Community Health Center  
33 4th Street NW  
Sioux Center, IA 51250



# PLANES DE PAGO

Si está interesado en establecer un plan de pagos, póngase en contacto con una Consejera Financiera.

Stefanie Flores - Consejera Financiera – 712-722-1700 ext. 640 – [sflores@promisechc.org](mailto:sflores@promisechc.org)

Jessica Mora - Consejera Financiera – 712-722-1700 ext. 660 – [jmora@promisechc.org](mailto:jmora@promisechc.org)



## **RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

### **PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER**

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL INDIVIDUO:** Mi firma a continuación indica que acepto la responsabilidad financiera de esta cuenta y del pago de los servicios proporcionados a mí y a mi pareja y/o mis dependientes.

- Si mi seguro determina que no he alcanzado mi deducible, entiendo que seré totalmente responsable del pago.
- Entiendo que soy responsable de pagar mi co-pago en su totalidad en el momento del servicio si es aplicable.
- Entiendo que debo presentar una copia de mi tarjeta de seguro (primario y secundario si es aplicable).
- Entiendo que soy responsable de pagar mi cuota de la escala de descuento en su totalidad en el momento del servicio si es aplicable.
- Si mi plan requiere una derivación, debo obtenerla antes de mi visita.
- En el caso de que mi plan de salud/dental determine que un servicio es "no pagable", seré responsable del cargo completo y acepto pagar los costos de todos los servicios proporcionados.
- Si no tengo seguro, acepto pagar los servicios médicos/dentales que se me presten en el momento del servicio.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad y no la del proveedor o del personal del proveedor saber si mi seguro médico cubrirá los servicios médicos/dentales que reciba.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro médico tiene algún deducible, co-pago, co-seguro, cantidad fuera de red, límite usual y habitual, u otro límite de beneficios para los servicios que recibo.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si el proveedor que consulte es contratado dentro de la red reconocido por mi póliza de seguro médico. Si el proveedor que me atiende no está reconocido por mi póliza de seguro médico, esto puede dar lugar a que se denieguen las reclamaciones o que tenga mayores gastos de mi bolsillo. Entiendo y acepto ser responsable económicamente por todos los cargos.

**Descargo de responsabilidad del seguro:** Una cotización de beneficios y/o autorización no garantiza el pago ni verifica la elegibilidad. El pago de los beneficios está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato del afiliado en el momento del servicio.

**Acuerdo del beneficiario:** Entiendo que mi compañía de seguro de la salud/dental puede negar o revocar el pago de los servicios recibidos. Si mi compañía de seguro de la salud/dental deniega o revoca el pago, acepto ser personal y totalmente responsable del pago. También entiendo que, si mi compañía de seguro de la salud/dental realiza el pago de los servicios, seré responsable de cualquier copago, deducible o coseguro que se aplique.

**Asistencia financiera:** Entiendo que hay opciones de asistencia financiera disponibles, tales como los planes de pago, el programa de la escala de descuento, y la asistencia con la inscripción a un seguro. Puedo solicitar una cita con una Consejera Financiera para informarme sobre estas opciones.

**Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_

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

**Relación al paciente:** \_\_\_\_\_

# Regístrese para el Portal del Paciente

El personal de Promise puede ayudarle a registrarse para el portal del paciente o puede abrir su cuenta en línea en cualquier momento:

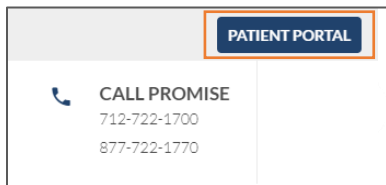
## Servicios dentales:

La programación de citas en línea y el pago de facturas no están disponibles para los servicios dentales en este momento.

Por favor, póngase en contacto con Promise si tiene cualquier pregunta sobre la programación o la facturación.

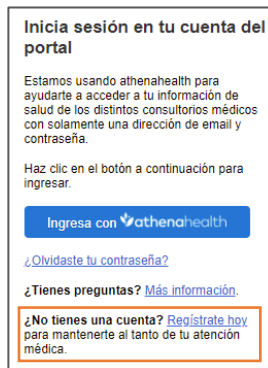
1.

Vaya a [promisechc.org](http://promisechc.org) y haga clic en el botón del Portal del Paciente en la parte superior de la página.



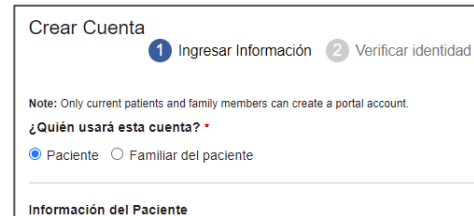
2.

Cambie el idioma haciendo clic en "Español" en la parte superior. Haga clic en Registrarse hoy



3.

Puede abrir una cuenta al ingresar la información del paciente, verificar su identidad y establecer una contraseña.



*Sólo para pacientes actuales*

*Los padres pueden tener acceso completo para los niños de 0 a 11 años y sólo acceso de facturación para los niños de 12 años o más.*

Guarde el enlace del portal: [20239.portal.athenahealth.com](http://20239.portal.athenahealth.com)

## Beneficios del Portal del Paciente

- Pagar fácilmente tu factura**  
con un clic, sin tener que enviar un cheque. Además, puedes guardar la información de tu tarjeta de crédito para pagos futuros.
- Enviarnos mensajes en cualquier momento desde cualquier lugar**  
Puedes enviarnos mensajes seguros para hacernos preguntas o solicitar reabastecimientos.
- Ver los resultados de los análisis cuando quieras**  
En el Portal del Paciente puedes ver los resultados de los análisis sin citas de seguimiento y sin acumular mensajes en la contestadora.
- Programar tu próxima cita**  
Aunque nos gusta hablar contigo, podrás ahorrar tiempo al programar o cambiar tus citas por Internet, pues en un minuto tendrás la confirmación de la cita.
- Prepararte para tu próxima cita**  
Gana tiempo y llena los documentos requeridos por Internet antes de la cita.
- Recibir cartas de tu proveedor**  
Accede fácilmente a cartas de tu proveedor, como certificados para volver al trabajo o la escuela, directamente en el Portal del Paciente.
- Manejar tu propia salud**  
Puedes usar el Portal del Paciente para descargar un resumen de tu atención médica y compartir tu historia clínica con otros proveedores, escuelas y más; para que estés al mando de tu salud y de tu información.



¿Alguna pregunta? Contáctenos:

[care@promisechc.org](mailto:care@promisechc.org)

712-722-1700

Promise ofrece diferentes caminos de opciones para cada paciente. ¡Mire algunos de los servicios ofrecidos en Promise!

Bajo un mismo techo usted puede:



## ¡TODOS SON BIENVENIDOS!

➔ Promise es un centro de salud comunitario, esto significa que queremos servir a toda la comunidad en cualquier idioma, origen o situación de seguro médico.

➔ Si usted tiene bajos ingresos y no tiene seguro médico, nos encantaría servirle y podemos ofrecerle un descuento en sus servicios. También le apoyaremos en cualquier otro obstáculo para mejorar la salud.

➔ Si tiene seguro médico, nos encantaría servirle. Al elegir a Promise, puede apoyar a su comunidad ya que estos pagos de seguro pueden ayudar a la fuerza financiera de Promise para poder continuar su misión. Es una gran manera de asociarse con nosotros mientras continuamos brindando atención médica a todos los individuos.

**NORTE**  
**ENTRADA PRINCIPAL**



**ESTE**

**SUR**

**OESTE**

## Aviso de las prácticas de privacidad

El presente aviso describe como se pueda usar y divulgar su información medica y como se puede acceder esta información

Por favor revise el Aviso de las Practicas de Privacidad (NPP por sus siglas en ingles) que se adjunte. Póngase en contacto con Emily Tuschen, Directora ejecutiva con cualquier pregunta al (712) 722-1700 (Agente designada de HIPAA y la privacidad)

### Sus derechos:

Se tiene el derecho de:

- Obtener una copia de los registros médicos del expediente
- Corregir los registros y reclamaciones médicos
- Obtener una lista de las entidades con las cuales se ha divulgado su información
- Pedir que limitamos la información que compartimos
- Solicitar comunicación confidencial
- Obtener una copia del presente aviso de privacidad
- Presentar una queja si cree que se ha infringido los derechos

### Otros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir la información de usted en cuanto que:

- Ayudamos a manejar la atención medica que usted recibe
- Administramos el plan de atención
- Pagamos los servicios sanitarios que usted recibe
- Operar nuestra organización
- Cumplimos con la ley
- Ayudamos con otros asuntos de seguridad y salud publica
- Abordamos la compensación de los trabajadores, fuerzas del orden público, y otras solicitudes del gobierno
- Respondemos a denuncias y acciones legales
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con el médico forense o el director funerario

### Nuestras responsabilidades

La ley requiere que nosotros:

- Aseguramos que se mantiene privada la información medica que le identifica a usted.
- Avisarle a usted de manera pronta si ocurre algún incumplimiento de confianza que podría haber comprometido la privacidad o la seguridad de la información de usted.
- Darle el presente aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a la información medica de usted; y
- Seguir los plazos del aviso que actualmente está en vigencia.

### Nuestro compromiso respeto a la información medica:

Entendemos que la información medica de usted y su atención medica es personal. Estamos comprometidos de proteger la información medica de usted. Creamos un expediente de la atención y servicios que se recibe. Necesitamos dicho expediente para brindarle atención de calidad y para obedecer ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los registros de su atención que se genera en esta práctica de atención médica, sean creados por el proveedor de cabecera de usted, u otras personas que trabajan es esta oficina. El presente aviso le informará de las maneras en que podemos utilizar y divulgar la información medica de usted. También describimos los derechos que usted tiene a la información que mantenemos de usted, le describirá ciertas obligaciones que tenemos en cuanto a la utilización y divulgación de la información medica de usted.

### Como podemos utilizar y divulgar la información medica que se trata de usted.

Las siguientes categorias describen los diferentes métodos que utilizamos y divulgamos la información médica. Por cada categoría de utilizaciones o divulgaciones explicaremos lo que nos significa e intentaremos dar unos ejemplos. No se apuntará cada uso o divulgación de cada categoría. Sin embargo, todos los métodos que se nos permite utilizar y divulgar la información estará en una de las categorías.

**Para tratamiento:** Se nos permite utilizar información medica de usted para brindarle a usted atención, tratamiento u otros servicios. Podemos divulgar información medica de usted a doctores, enfermeros, técnicos, estudiantes médicas, u otros miembros del personal quienes están participando en la atención de usted. Puede haber que estas personas son empleados de nuestras oficinas, en el hospital – si es que usted fue hospitalizado bajo la supervisión de nosotros, o en otro consultorio de doctor, laboratorio, farmacia, u otro proveedor de atención medica al cual le podemos derivar a usted para consultar, sacar



radiografías, realizar pruebas de laboratorio, o surtir medicamentos de receta, o por otros motivos de tratamiento. Por ejemplo, un doctor que le este tratando por una pierna quebrada pueda necesitar saber si tiene diabetes ya que la diabetes pueda ralentizar el proceso de curación. Además, el doctor pueda necesitar informar a la nutricionista del hospital si es que tiene diabetes para que podamos preparar comidas adecuadas. También se nos permite divulgar información medica de usted a una organización de esfuerzos de auxilio a las víctimas de desastres para poder notificar a las familiares de usted de su condición, estado, y ubicación.

**Para pagos:** Se nos permite utilizar y divulgar información medica de usted para que el tratamiento y los servicios que usted recibe de nosotros puede facturarse y coleccionar pago de usted, de una empresa asegurador, o una tercera parte. Por ejemplo, podamos necesitar dar la información de usted de su consulta a la póliza medica de usted para que la cual nos paga o nos reembolsa la consulta para la visita. También podamos divulgar información del tratamiento que usted recibirá para poder obtener autorización previa o para determinar si la póliza de usted le cubrirá el tratamiento.

**Para operaciones de atención medica:** Se nos permite utilizar y divulgar información medica de usted para operaciones de nuestra practica de atención a la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar la práctica y asegurar que todos los pacientes reciben atención de calidad. Por ejemplo, se nos permite utilizar información médica para revisar el tratamiento y los servicios para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención de usted. También podamos combinar información medica de muchos pacientes para determinar cuáles servicios adicionales que debemos ofrecer, los servicios que no se necesitan, si ciertos tratamientos nuevos son eficaces, o para observar como comparamos con otros y para ver donde podemos mejorar. Es posible que quitemos los datos identificativos de usted de esa serie de información médica para que otros lo puedan usar para estudiar el método de realizar la atención a la salud sin aprender los datos personales específicos de nuestros pacientes.

**Según sea requerido por la ley:** Divulgaremos información medica de usted al ser requerido por leyes locales, estatales, o federales.

**Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad:** Se nos permite divulgar información medica de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad de usted o a la salud y la seguridad del publico u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación seria únicamente para informar a alguien capaz de ayudar prevenir la amenaza.

**Militares y veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o ha sido separado o dado de baja de los servicios de las fuerzas armadas, se nos permite divulgar información médica de usted según sea requerido por las autoridades de manejo de las fuerzas armadas o el Departamento de Asuntos de Veteranos según sea aplicable. También se nos permite divulgar información medica de personales de fuerzas armadas extranjeras a las autoridades de fuerzas armadas extranjeras.

**Compensación Laboral:** Se nos permite divulgar información medica de usted para programas de compensación laboral o programas parecidos. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionados con el trabajo.

**Riesgos a la salud pública:** Se nos permite divulgar información médica de usted por motivos de actividades de salud pública.

En general, estas actividades incluyen lo siguiente:

- Para prevenir o controlar enfermedad, lesión, o incapacidad;
- Para constancia de nacimiento o fallecimiento;
- Para denunciar abuso o negligencia de menores de edad;
- Para informar de reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a la gente de retiradas de productos que puedan estar usando
- Para notificar a personas u organizaciones requeridas de recibir información de productos regulados por La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por las siglas en inglés)
- Para notificar a una persona que puede haber sido expuesto a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- Para notificar a las autoridades adecuadas del gobierno si creemos que in paciente ha sido la victima de abuso, negligencia, o violencia intrafamiliar. Únicamente haremos esa divulgación si usted esta de acuerdo o cuando sea obligatorio o autorizado por la ley.

**Actividades de Supervisión Medica:** Se nos permite divulgar información médica a una agencia de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley. Esas actividades incluyen, por ejemplo, auditoría, investigación, inspección, y acreditación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorizar el sistema de atención médica, programas gubernamentales, y cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

**Demandas y litigios:** Si usted participa en alguna demanda o litigio, podemos divulgar información medica acerca de usted como respuesta a un orden judicial o administrativo. También se nos permite divulgar información medica acerca de usted como respuesta a una citación judicial, solicitudes de descubrimiento de pruebas, u otros procesos lícitos por alguien mas que participa en la disputa, pero únicamente si se han hecho esfuerzos para informarle a usted de la solicitud o para obtener un orden para proteger la información que se solicitó.

**Agentes de orden público:** Se nos permite divulgar información médica a petición de un agente de orden público:

- En la reportación de ciertas lesiones, según requiere la ley, (p. ej. Lesiones de balas, quemaduras, lesiones al autor de un delito);
- Como respuesta a un orden judicial, citatorio, orden de registro, orden de comparecencia o procesos parecidos;
- Para identificar o ubicar un sospechoso, fugo, testigo esencial, o persona desaparecida:
  - Nombre, apellido y dirección;
  - Fecha de nacimiento o lugar de nacimiento;
  - Tipo de sangre o factor Rh
  - Clase de lesión
  - Fecha y hora de tratamiento y/o fallecimiento si aplica; y
  - Una descripción de características físicas distintivas.
- Acerca de la víctima del delito, si la víctima está de acuerdo con la divulgación o de acuerdo con ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener la autorización de la persona;
- Acerca de un fallecimiento que creemos que puede ser resultado de conducta ilícita
- Acerca de conducta ilícita en nuestra instalación; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o las víctimas; o la identidad, descripción, o la ubicación del autor del delito.

**Médicos forenses, investigadores de la salud y directores funerarios:** Se nos permite divulgar información médica a un médico forense o investigador médico. Eso puede ser necesario, por ejemplo, para identificar un difunto o para determinar la causa de muerte. También se nos permite divulgar información médica acerca de los pacientes a directores funerarios al ser necesario para realizar sus deberes.

**Actividades de inteligencia y seguridad nacional:** se nos permite divulgar información médica de usted a funcionarios federales autorizados por motivos de inteligencia, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley

**Servicios protectores para el presidente y otros:** se nos permite divulgar información médica de usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o otros jefes de estados extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

**En reclusión:** Si usted está en reclusión en una institución correccional o en custodia de un agente de orden público, se nos permite divulgar información médica de usted a la institución correccional o agente de orden público. La divulgación sería necesario (1) para que la institución le pueda brindar atención médica; (2) para proteger la salud y seguridad de usted y la seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

**LOS DERECHOS DE USTED EN CUANTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED.** Usted tiene los siguientes derechos respecto a la información médica que mantenemos de usted:

**Derechos de inspeccionar y copiar:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que podría utilizarse para tomar decisiones en cuanto a su atención médica. Usualmente, eso incluye registros médicos y de facturación. Para inspeccionar y copiar información médica que podría utilizarse para tomar decisiones en cuanto a la atención médica de usted, hay que entregar la solicitud por escrito a Emily Tuschen, directora ejecutiva. Al pedir una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por el costo de hacer la copia, mandarla por correo, u otros suministros o servicios asociados con su petición. Se nos permite denegar a usted la petición de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega a usted acceso a la información médica, usted puede pedir que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica escogido por nuestra práctica revisará la petición de usted y la denegación. La persona que lleva a cabo la revisión no será la misma que denegó la petición original. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho de enmendar:** Si usted cree que la información médica que tenemos de usted está incorrecto o incompleto, usted nos puede pedir enmendar la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda durante todo el tiempo que guardamos la información. Para pedir una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito, y entregada a Emily Tuschen, directora ejecutiva, y debe poder caber en una hoja de papel escrita legiblemente a mano o teclada en tipografía de 10-puntos de tamaño. Además, usted debe proporcionar un motivo que apoya su petición para una enmienda. Se nos permite denegar la petición por una enmienda si no está hecha por escrito o no incluye motivo para apoyar la petición. Además, le podemos denegar la petición si usted nos pide enmendar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información no está disponible ya para hacer la enmienda;
- No forma parte de la información médica guardada por o para nuestra práctica;
- No forma parte de la información que usted estaría permitido inspeccionar o copiar; o,
- Está completa y acertada.

Cualquier enmienda que hacemos a la información médica de usted será divulgada a las entidades que especificamos previamente de divulgar información.

**Derecho a un acontecimiento de divulgaciones:** usted tiene el derecho de pedir una lista de acontecimiento para divulgaciones de la información médica de usted que le hemos hecho, excepto para utilidades y divulgaciones de tratamiento, pago, y para operaciones de atención médica, como se describió anteriormente. Para pedir esa lista de divulgaciones, usted tiene que entregar la petición hecha por escrito a Emily Tuschen directora ejecutiva. La petición tiene que indicar un periodo de tiempo que no puede ser más de seis años y no puede incluir fechas previas al 7 de julio 2008. La primera lista que usted pide dentro de un periodo de 12 meses es gratis. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de haber proporcionado la lista. Le notificaremos del costo incurrido y usted puede escoger retirar o modificar la petición en ese momento antes de incurrir algún costo. Le enviaremos una lista en papel de divulgaciones en un plazo de 30 días del pedido o le notificaremos que no podemos proporcionarle la lista a usted dentro de este plazo y en qué fecha podremos proporcionar la lista; pero esta fecha no excederá un total de 60 días de la fecha que usted hizo el pedido.

**Derecho de pedir restricciones:** Usted tiene el derecho de pedir una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos de usted para tratamiento, pago, u operaciones de atención de la salud. Usted también tiene el derecho de pedir un límite en la información médica de usted que le divulgamos a otra persona que participa en su atención o el pago de su atención, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que una enfermera específica tenga uso restringido de la información médica de usted, o que no divulgamos información de una cirugía que usted tenía a su cónyuge.

**No se nos requiere aceptar su pedido para restricciones si no sea factible para nosotros asegurar nuestra obediencia o si creemos que afectará la atención que le brindamos de forma negativa.** Si aceptamos, cumpliremos con el pedido a menos que la se necesita la información para proporcionarle a usted con tratamiento de emergencia. Para pedir una restricción hay que hacer una solicitud hecha por escrito a Emily Tuschen, directora ejecutiva. En la solicitud, usted nos tiene que informar que información quisiera limitar y a quien quisiera aplicar los límites; por ejemplo, utilización de cualquier información por una enfermera específica, o la divulgación de una cirugía especificada a su cónyuge.

**Derecho de pedir comunicación confidencial:** Usted tiene el derecho de pedir que comunicamos con usted de asuntos médicos de cierta forma o en cierta ubicación. Por ejemplo, usted puede pedir que únicamente le contactamos a usted en el trabajo o por correo a un apartado postal. Para pedir comunicación confidencial, usted tiene que hacer su petición hecha por escrito a Emily Tuschen, directora ejecutiva. No le haremos preguntas acerca del motivo por la petición. Acomodaremos cada petición razonable. La petición de usted debe especificar como o donde quisiera ser contactado.

**Derecho a una copia escrita del presente aviso:** Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Sin embargo, en el momento de primer servicio realizado después del día 7 de julio 2008, se requiere que usted reciba una copia en papel. Para obtener una copia, por favor pídalo de Emily Tuschen, directora ejecutiva.

Información de como ejercer esos derechos se puede encontrar en el aviso de las practicas de privacidad o puede obtenerse de Emily Tuschen, directora ejecutiva al (712) 722-1700.

## **CAMBIOS AL PRESENTE AVISO**

Se reserva el derecho de cambiar este aviso. Se Reserva el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o cambiado para información médica que ya tenemos de usted junto con cualquier información que se recibe en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestra instalación. El aviso contendrá la fecha que entra en vigencia en la primera página, en la esquina derecha superior, Además, cada vez que se registra por tratamiento o servicios de atención médica, le ofreceremos una copia del aviso que actualmente esta en vigencia.

## **QUERELLAS**

Si usted cree que se ha infringido sus derechos de privacidad, usted puede presentar una querrela con nosotros o con la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una querrela con nosotros, póngase en contacto con Emily Tuschen, directora ejecutiva. Cada querrela tiene que presentarse en escrito.

**Usted no será penalizado por presentar una querrela.**

## **OTROS USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA.**

Otros usos y divulgaciones de información médica no explicados en el presente aviso o las leyes que nos aplica serán hechas únicamente con su permisión hecha por escrito. Si usted nos proporciona permiso para utilizar o divulgar información médica de usted, usted puede revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, no utilizaremos o divulgaremos información médica de usted por los motivos cubiertos en su autorización escrita. Usted entiende que somos incapaces de retirar divulgaciones que ya hemos hecho con permiso de usted, y que se nos requiere retener nuestros registros de la atención que le hemos brindado.

## **Reconocimiento de recibo del presente aviso**

Le pediremos a usted firmar un formulario o aviso distinto en que usted reconoce que ha recibido una copia de este aviso. Si usted decide, o no es capaz de firmar, un miembro del personal firmará con su nombre y la fecha. Este reconocimiento será archivado con los registros de usted.



**PROMISE  
COMMUNITY  
HEALTH CENTER**

**NOW OPEN SATURDAYS  
8AM TO NOON**

**CALL 712-722-1700 TO  
MAKE AN APPOINTMENT  
INTERPRETERS AVAILABLE**

---

**LLAME AL 712-722-1700 PARA  
PROGRAMAR UNA CITA  
INTÉRPRETES DISPONIBLES**



**AHORA ABIERTO LOS SÁBADOS  
8:00 AM AL MEDIO DÍA**

**33 4TH STREET NW, SIOUX CENTER, IOWA 51250**