

Información del paciente

Patient Information

Información legal (de su tarjeta de identificación)		Legal Information (as shown on ID)	
Nombre legal completo (de su tarjeta de identificación): <i>Full Legal Name: (As shown on ID)</i>		Género legalmente (de su tarjeta de identificación) <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> X <i>Female Male X</i> Legal Sex: (As shown on ID)	
Nombre en la tarjeta de seguro médico (si varía de su tarjeta de identificación): <i>Name on Insurance Card: (if different from ID)</i>		Fecha de nacimiento: <i>Date of Birth:</i>	
Nombre preferido: <i>Preferred Name</i>		Género asignado al nacer: <i>Sex Assigned at Birth:</i> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Desconocido <i>Female Male Intersex Unknown</i>	
Identidad personal de género: <i>Gender identity</i> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero hombre/Hombre trans <input type="checkbox"/> Transgénero mujer/Mujer trans <i>Female Male Transgender Male/Trans Man Transgender Female/Trans Woman</i> <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Género cuestionando <input type="checkbox"/> No binario/Género variante <input type="checkbox"/> Otro: <i>Two Spirit Questioning Non-binary /Genderqueer Other</i>			
Sexualidad: <input type="checkbox"/> Heterosexual/hetero <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <i>Heterosexual/Straight Bisexual Unsure Gay Lesbian</i> <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Género variante <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Pansexual Queer Omnisexual Asexual Other</i>			
Pronombres: <input type="checkbox"/> ella/ella/su <input type="checkbox"/> él/él/su <input type="checkbox"/> ellé/elles/su <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Pronouns: she/her/hers he/him/his they/them/theirs Patient's name Other</i>			
Esta información nos ayuda a mejorar servicios al paciente y brindar atención al más bajo costo para los que califiquen. <i>This information helps us to improve patient services and provide the lowest cost care you're eligible for.</i>			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <i>Marital status Single Married Legally Separated Divorced Domestic Partnership</i> <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Enviudado <i>Significant Other Widowed</i>			
Estado de veteran: ¿Ha servido en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Veteran Status: Have you ever served in the US Military?</i>			
Grupo étnico: <i>Ethnic Group:</i> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <i>Hispanic Non-Hispanic</i>		Raza (marque todos que correspondan): <i>(Race; Choose all that apply):</i> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <i>White Asian Native American Alaskan Native</i> <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>African American Native Hawaiian Pacific Islander Other</i>	
Estado de empleo: (Employment status) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Temporal/de temporada <i>Full time Part time Seasonal/Temporary</i>			

☐ Autónomo ☐ Jubilado/retirado ☐ Desempleado ☐ Estudiante tiempo completo ☐ Estudiante medio tiempo
Self-employed Retired Unemployed Full time student Part time student

☐ Otro:
Other

Trabajador agrícola migrante/de temporada: *Migrant/ Seasonal Worker*

a. ¿En los últimos 2 años, su empleo principal o el de otro miembro de su familia ha sido trabajo agrícola?

In the past two years have you or another member of your family worked in agriculture as your principal employment?

****El trabajo agrícola se refiere al trabajo en granjas, ranchos, huertas, viveros o corrales de engorde.**

****Agricultural is defined as work on farms, ranches, orchards, nurseries, feedlots.**

☐ Sí

☐ No

b. ¿Usted u otro miembro de su familia ha dejado de migrar para un trabajo agrícola por una discapacidad o vejez?

Have you or a member of your family stopped migrating to work in agriculture because of a disability or old age?

☐ Sí

☐ No

c. ¿En los últimos 2 años, usted u otro miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para poder trabajar en la agricultura?

In the past two years have you or a member of your family established a temporary home in order to work in agriculture?

☐ Sí

☐ No

Sí/Yes = this person and their family can be classified as migratory/Seasonal workers.

Estado de vivienda: (marque la opción más adecuada)

Housing Status: (Check the closest option)

☐ Tengo hogar

☐ Vivo con otros

Not homeless

Living with others

☐ Vivo en albergue

☐ Vivienda transitoria

Living in a shelter

Transitional housing

☐ Sin hogar

☐ Calle, campamento, puente, vehículo

Homeless

Street, camp, bridge, vehicle

¿Tiene una vivienda pública*?

Do you live in public housing?*

***La vivienda pública se define como para los de bajos recursos o de la Sección 8.**

***Public housing is defined as low-income or section 8 housing.**

☐ Sí

☐ No

¿Ha solicitado usted Medicaid (seguro médico del estado, "OHP")?

Have you applied for Medicaid (OHP)?

☐ No ☐ Sí

Fecha de solicitar: _____

Application Date

Ingresos de la familia al año, aproximadamente:

Estimated yearly household income:

Número de personas en su familia: _____

Number of people living in your household

☐ \$0–5,000

☐ \$25,001–30,000

☐ \$50,001–55,000

☐ \$75,001–80,000

☐ \$100,001–110,000

☐ \$5,001–10,000

☐ \$30,001–35,000

☐ \$55,001–60,000

☐ \$80,001–85,000

☐ \$110,001–120,000

☐ \$10,001–15,000

☐ \$35,001–40,000

☐ \$60,001–65,000

☐ \$85,001–90,000

☐ \$120,001–130,000

☐ \$15,001–20,000

☐ \$40,001–45,000

☐ \$65,001–70,000

☐ \$90,001–95,000

☐ \$130,001–140,000

☐ \$20,001–25,000

☐ \$45,001–50,000

☐ \$70,001–75,000

☐ \$95,001–100,000

☐ Other _____



ESTE CONSENTIMIENTO DESCRIBE CÓMO
UTILIZAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DÓNDE
ENCONTRAR MÁS DETALLES. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

El Aviso de prácticas de privacidad de Mosaic informa sobre cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida.

Entiendo que:

- Tengo derecho a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Mosaic.
- Puedo pedir una copia en cualquier momento.
- Es posible que este aviso sea modificado.
- Tengo derecho a una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad modificado.

Al firmar a continuación, reconozco lo anterior y que he recibido o se me ha ofrecido una copia en papel del Aviso de prácticas de privacidad de Mosaic. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad también está disponible en mosaicmedical.org.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

Al firmar a continuación, accedo a recibir atención en Mosaic.

Entiendo que:

- Este consentimiento para recibir tratamiento estará en vigencia mientras se me atiende en las clínicas de Mosaic.
- Puedo cancelar este consentimiento por escrito.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Mi información de salud protegida consta de mi historial médico, estudios y tratamiento(s).

Al firmar este formulario, entiendo y accedo a que Mosaic pueda utilizar o divulgar mi información de salud protegida con el propósito de:

- Proporcionar tratamiento;
- Pagar por los servicios;
- Operaciones de atención médica;
- Según sea necesario de manera razonable para cumplir con cualquier mandato judicial, citación, o cualquier otro requisito o norma legal mientras no se requiera una autorización por separado bajo las normas de la ley HIPAA; o
- Si se permite de otra manera bajo las normas de la ley HIPAA.

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha entregado este documento en un idioma que entiendo ya sea por escrito, o según se me ha leído en su totalidad.

THIS CONSENT DESCRIBES HOW YOUR PROTECTED
HEALTH INFORMATION MAY BE USED AND RELEASED AND
WHERE TO FIND MORE DETAILS ABOUT THIS. PLEASE
REVIEW IT CAREFULLY.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:

Mosaic's Notice of Privacy Practices gives information about how Mosaic may use, and release protected health information about you.

I understand that:

- I have the right to receive a copy of Mosaic's Notice of Privacy Practices.
- I may request a copy at any time.
- This notice may be revised.
- I am entitled to a copy of any revised Notice of Privacy Practices.

By signing below, I acknowledge the above and that I have received or have been offered a paper copy of Mosaic's Notice of Privacy Practices. Mosaic's Notice of Privacy Practices is also available on at mosaicmedical.org Mosaic's website.

CONSENT TO TREATMENT:

By signing below, I agree to receive Health care from Mosaic.

I understand that:

- This consent to treatment will be in effect as long as I am a Mosaic patient.
- I may cancel this consent in writing.

CONSENT TO DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION:

My protected health information is made up of my health history, testing and treatment(s).

By signing this form, I understand and agree that Mosaic may use or release my protected health information for purposes of:

- Providing treatment;
- Payment;
- Healthcare operations;
- As is reasonably necessary to comply with any court order, subpoena, or any other legal requirement(s) or regulation(s) as long as a separate authorization is not required under HIPAA regulations; or
- As is otherwise permitted under HIPAA regulations.

By signing below, I acknowledge that this document was given to me in a language that I understand either in writing or as read to me in its entirety.

Nombre del paciente en letra de molde (*Print Patient's Name*)

Fecha de nacimiento (*Patient's Date of Birth*)

Firma del paciente (o del padre / custodio legal)

Fecha (*Date*)

Signature of Patient (or Parent/Legal Guardian)

Permisos para divulgar información - Adulto

Communication Permissions – Adult

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Patient Name *Date of Birth*

SECCIÓN 1 (SECTION 1)

Mosaic puede dejar un correo de voz por lo siguiente: (marque todo lo que corresponda)	Mosaic may leave a voicemail for the following reasons: (check all that apply)
<input type="checkbox"/> Información general sobre su atención médica <i>General information regarding your care</i>	<input type="checkbox"/> Facturación <i>Billing</i>
<input type="checkbox"/> Ningún tipo de mensaje <i>No messages of any kind</i>	
Llamen: <input type="checkbox"/> SOLO el N° de teléfono de preferencia registrado <i>Use: Preferred Number on file ONLY</i>	<input type="checkbox"/> Cualquier N° de teléfono personal registrado (no incluye el contacto de emergencia) <i>Any Personal Number on file (not including emergency contact)</i>
Mosaic usará llamadas automatizadas o textos para dar recordatorios de cita y otras notificaciones tal como si cerramos la clínica, etc. Por marcar esta casilla <input type="checkbox"/>, nos da permiso recibir los recordatorios automatizados y notificaciones al N° de teléfono preferido que tenemos registrado.	Mosaic will use automated calls or texts for appointment reminders and other clinic notifications such as clinic closures, etc. By checking this box <input type="checkbox"/> you agree to receive these automated reminders and notices at your preferred number on file.

SECCIÓN 2 (SECTION 2)

Avísenos con quién nos podemos comunicar acerca de su cuidado. Especifique el tipo de información que podemos brindar. (Ejemplos: cuidador/centro de atención a largo plazo, esposo, familiar que no sea su representante legal, custodio legal, poder notarial, etc.)	Let us know who we may communicate with regarding your care. Specify what type of information we may share. (Examples: care giver/care facility, spouse, family member who is not a legal representative, guardian, power of attorney, etc.)
Autorizo a Mosaic Medical para comunicarse con las siguientes personas, en persona o por teléfono, con el propósito de: (marque todo lo que corresponda)	I authorize Mosaic Medical to communicate with the following people in person or by telephone in order to: (check all that apply)
Nombre: _____ <i>Name</i>	Relación: _____ <i>Relationship</i>
Teléfono: _____ <i>Phone</i>	
<input type="checkbox"/> Hablar de TODA información NOTA: No es una autorización para divulgar el expediente médico <i>Discuss ALL information</i> NOTE: this is not an authorization to release records.	<input type="checkbox"/> Recoger cosas en la clínica. (Incluso medicamentos, correspondencias, recetas en papel, etc.) <i>Pick up items from clinic. (Including medication, correspondence, hardcopy scripts, etc.)</i>
<input type="checkbox"/> Gestión de citas <i>Appointment management</i>	<input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Other:</i>
Nombre: _____ <i>Name</i>	Relación: _____ <i>Relationship</i>
Teléfono: _____ <i>Phone</i>	
<input type="checkbox"/> Hablar de TODA información NOTA: No es una autorización para divulgar el expediente médico. <i>Discuss ALL information</i> NOTE: this is not an authorization to release records.	<input type="checkbox"/> Recoger cosas en la clínica. (Incluso medicamentos, correspondencias, recetas en papel, etc.) <i>Pick up items from clinic. (Including medication, correspondence, hardcopy scripts, etc.)</i>

☐ Gestión de citas
Appointment management

☐ Otro: _____
Other: _____

NOTA: Si desea agregar otras personas en esta sección, por favor inclúyalas al reverso de la página.

NOTE: If you would like to add more people to this section, please do so on the back of the page.

SECCIÓN 3 (SECTION 3)

¿Tiene el paciente un representante legal, custodio legal, poder notarial de atención médica, etc.? Si es así, por favor anótelos y proporcione la documentación legal para nuestros registros.

Does the patient have a legal representative, guardian, medical power of attorney, etc.? If so, please list them and provide the legal documentation for our records.

☐ Ninguno
None

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____
Name Relationship Phone

SECCIÓN 4 (SECTION 4)

Se requiere la firma (a continuación):

Signature required (below):

Se puede cambiar o revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento. Estará en vigencia hasta tal momento.

The authorization may be changed or revoked in writing at any time. It will remain in effect until that time.

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha entregado este documento en un idioma que entiendo ya sea por escrito, o según se me ha leído en su totalidad.

By signing below, I acknowledge that this document was given to me in a language that I understand either in writing or as read to me in its entirety.

Firma (paciente o custodio legal): _____ **Fecha:** _____
Signature (Patient/ Legal Guardian) Date

Nombre completo en letra de molde (paciente o custodio legal): _____
Print name (Patient/ Legal Guardian)

Relación: _____
Relationship



Acuerdo financiero *Financial Agreement*

Mosaic espera que todos los pacientes paguen copagos y otros pagos al momento del servicio (si sean del programa de descuento de la clínica o del seguro médico).

Mosaic Medical expects all patients pay co-pays (Sliding Scale or insurance) and other payments at the time of service.

Resumen

- Todos los servicios proporcionados por Mosaic se cobran al paciente.
- Se llenarán los formularios para ayudar a acelerar los pagos de seguro médico.
- El paciente es responsable de todos los cargos, si el seguro paga o no.
- Se debe pagar todos los copagos identificados de antemano al momento del servicio y pueden ser considerados como pagos parciales por los servicios proporcionados (si sean del descuento según los ingresos económicos o del seguro médico). Solo se sabrá el costo total para el paciente después de que se haya tramitado el seguro.
- Aceptamos pagos en efectivo, cheques y VISA o MasterCard. **Habrà un cargo de \$15.00 por cualquier cheque sin fondos.**

Seguro médico

No podemos garantizar que su seguro cubra nuestros servicios. Sugerimos que verifique las opciones de cobertura con su seguro antes de la cita. Es la responsabilidad del paciente notificar a Mosaic de cualquier cambio de cobertura de seguro. Pedimos que se muestre la tarjeta de seguro en cada visita. Esto garantiza que nuestros archivos estén al día.

El descuento según los ingresos económicos

Mosaic ofrece un plan de descuento según los ingresos a todo paciente. Si usted califica, puede que se descuenta su copago. Para solicitar, llene el papeleo y proporcione comprobantes de ingresos para cada persona en el hogar (de 18 años o más).

Se requiere esta solicitud y la información financiera antes de que podamos determinar su elegibilidad. Si le falta alguna parte de este proceso de inscripción, se le devolverá su solicitud hasta que tenga toda la información requerida. Mientras tanto, puede que reciba una factura y usted será responsable por el costo completo de los servicios brindados.

TENGA EN CUENTA: Los cargos son para servicios brindados por Mosaic. Ningún análisis de laboratorio, escaneo o derivación a especialista está cubierto bajo el plan de descuento según los ingresos. Usted será responsable de todos los cobros/costos asociados con otras organizaciones.

Overview

- All services provided by Mosaic are charged to the patient.
- Forms will be completed to help expedite insurance payments.
- The patient is responsible for all charges, whether or not paid by insurance.
- Any copays (sliding scale or insurance) identified in advance, are due at the time of service and may be considered partial payment for services provided. The total cost to the patient will only be known after insurance has been processed.
- We accept cash, checks, and VISA or MasterCard. **There will be a \$15.00 charge for any returned check.**

Insurance

We cannot guarantee your insurance will cover our services. We suggest you verify coverage options with your insurance before your appointment. It is the patient's responsibility to notify Mosaic of any insurance coverage changes. We ask that the patient's insurance card be presented at every visit. This ensures that our records are kept current.

Sliding Scale

Mosaic offers a Sliding Scale Program to all patients. If you qualify, your copay may be discounted. To apply, please complete the application and provide proof of income for every person (18 years of age or older) in the household.

This application and financial information is required before we can determine any eligibility. If you are missing any pieces of this application process, your application will be returned to you until you have all required information. In the meantime, you may receive a bill and are responsible for the full price of services provided.

PLEASE NOTE: charges are for services provided by Mosaic. Any lab work, imaging, and referrals to specialists are NOT covered under this sliding scale. You will be responsible for any and all charges/costs associated with non-Mosaic organizations.

Por el presente, autorizo al proveedor proporcionar a mi compañía de seguro toda la información que la compañía de seguro pida sobre mi presente enfermedad o lesión. Por el presente, asigno al proveedor todo el dinero al cual tengo derecho para gastos médicos o quirúrgicos relacionados a los servicios, pero no para realizar endeudamiento al proveedor o cirujano. Se entiende que cualquier dinero recibido de mi compañía de seguro más allá de mi endeudamiento me será reembolsado cuando se pague por completo mi factura. Si la compañía de seguro niega todo o parte de las reclamaciones de servicio proporcionado a mí o a mis dependientes, deberé el pago completo a Mosaic. Se accede a que los cargos mostrados en las facturas son correctos y razonables a menos que sean protestados por escrito dentro de treinta (30) días de la fecha de facturación. Si fuera necesario tomar acción para recolectar un saldo vencido sin pagar por servicios proporcionados a mí o a mi familia, yo/nosotros accedo/accedemos a pagar honorarios de abogado razonables u otros costos que la corte determine apropiados. Se accede a que los pagos no se atrasarán ni se retendrán por la cobertura de seguro ni el tiempo necesario para tramitar las reclamaciones. Se asignan todos los pagos de seguro a Mosaic en cuanto corresponda, pero sin que esta asuma la responsabilidad del cobro de aquellos. Mosaic es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha entregado este documento en un idioma que entiendo ya sea por escrito, o según se me ha leído en su totalidad.

I hereby authorize the provider to provide my insurance company all information which the insurance company requests concerning my present illness/injury. I hereby assign to the provider all money to which I am entitled for medical and/or surgery expense relative to the services, but not to execute indebtedness to the provider/surgeon. It is understood that any money received from my insurance company over and above my indebtedness will be refunded to me when my bill is paid in full. If all or part of the claims for service provided to myself or my dependents are denied by our insurance company, I will be responsible for payment in full to Mosaic. Charges shown by statements are agreed to be correct and reasonable unless protested in writing within thirty (30) days of billing date. Should it become necessary to pursue collection efforts for an unpaid balance due for services provided to me or my family, I/we agree to pay reasonable attorney's fee or other such costs as the court determines proper. It is agreed that payment will not be delayed or withheld because of insurance coverage or the length of time it takes to process claims. All proceeds of insurance are assigned to Mosaic where applicable, but without their assuming responsibility for the collection thereof. Mosaic is an equal opportunity provider.

By signing below, I acknowledge that this document was given to me in a language that I understand either in writing or as read to me in its entirety.

Nombre en letra de molde
Print Patient Name

Fecha de nacimiento
Date of Birth

Firma del paciente (o el padre o custodial legal)
Signature of Patient (or Parent/Legal Guardian)

Fecha
Date

Relación con el paciente
Relationship to patient

Historial Médico – Adulto

Health History - Adult

MRN: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
 Patient Name Date of Birth Today's Date

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL (Personal Medical History)							
Marque todo lo que corresponda en la casilla a la derecha (please check all that apply in box to the right)							
Abuso (físico) <i>Abuse (physically)</i>		Cataratas <i>Cataracts</i>		Marcapasos <i>Pacemaker</i>		Enfermedad de obstrucción pulmonar crónica/enfisema <i>COPD/Emphysema</i>	
Abuso (sexual) <i>Abuse (sexually)</i>		Dependencia química <i>Chemical dependency</i>		Ritmo cardíaco anormal <i>Abnormal Heart Rhythm</i>		Bronquitis crónica <i>Chronic Bronchitis</i>	
VIH/SIDA <i>HIV/AIDS</i>		Pólipo del colon <i>Colon Polyp</i>		Fibrilación atrial <i>Atrial Fibrillation</i>		Asma <i>Asthma</i>	
Alcoholismo <i>Alcoholism</i>		Depresión <i>Depression</i>		Hepatitis		Enfermedad mental <i>Mental illness</i>	
Anemia		Diabetes		Hernia		Esclerosis múltiple <i>Multiple sclerosis</i>	
Anorexia/Bulimia		Epilepsia/convulsiones <i>Epilepsy/ seizures</i>		Herpes		Neumonía <i>Pneumonia</i>	
Problemas de la vejiga <i>Bladder problems</i>		Cálculos biliares <i>Gall stones</i>		Presión arterial alta <i>High blood pressure</i>		Fiebre reumática <i>Rheumatic fever</i>	
Transfusión de sangre <i>Blood Transfusion</i>		Glaucoma				Enfermedad por transmisión sexual <i>STD/STI</i>	
Trastornos de coagulación de sangre <i>Bleeding disorders</i>		Gonorrea <i>Gonorrhea</i>		Colesterol alto <i>High cholesterol</i>		Úlceras del estómago <i>Stomach ulcers</i>	
Trombosis venosa profunda (coagulo de sangre) <i>Deep Vein Thrombosis (blood clot)</i>		Gota <i>Gout</i>		Menstruación irregular <i>Irregular periods</i>		Derrame cerebral <i>Stroke</i>	
Embolia pulmonar (coagulo de sangre) <i>Pulmonary Embolism (blood clot)</i>		Dolores de cabeza <i>Headaches</i>		Problemas del riñón <i>Kidney problems</i>		Intento de suicidio <i>Suicide Attempt</i>	
Bulto del seno <i>Breast lump</i>		Enfermedad del corazón <i>Heart disease</i>		Enfermedad del hígado <i>Liver disease</i>		Problemas de la tiroides <i>Thyroid Problems</i>	
Cáncer <i>Cancer</i>		Enfermedad de las arterias coronarias <i>Coronary Artery Disease</i>		Enfermedad de los pulmones <i>Lung disease</i>		Tuberculosis	

SEGURIDAD/HÁBITOS SOCIALES (SAFETY / SOCIAL HABITS)			
Circule o escriba la respuesta (please circle or write the answer)			
1. ¿Usa tabaco? <i>Do you use tobacco?</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	Antes sí <i>Used to</i>
Si es así, ¿cuántos cigarrillos al día? <i>How many cigarettes a day?</i>	Si antes fumaba, ¿cuántos al día? <i>If you used to, how many cigarettes a day?</i>	Fecha de abandono: <i>Quit date:</i>	
¿Usa tabaco de mascar? (<i>Do you use chewing tobacco?</i>)	Sí	No	
2. ¿Está expuesto a humo de segundo mano? (<i>Are you exposed to second hand smoke?</i>)	Sí	No	
3. ¿Tiene relaciones sexuales? (<i>Are you sexually active?</i>)	Sí	No	
Si es así, ¿con qué género(s) tiene relaciones? (circule todos los que correspondan abajo) <i>If yes, what gender/s are you sexually active with?</i>			
Hombre <i>Male</i>	Mujer <i>Female</i>	Ambos <i>Both</i>	Otro: <i>Other</i>
4. ¿Hay conocimiento de la seguridad de armas en su casa? (<i>Is your household aware of gun safety?</i>)	N/A	Sí	No
5. ¿Las armas en la casa están bajo llave? (<i>Are the firearms in your house secured?</i>)	N/A	Sí	No

Reviewed by _____ Date _____

HISTORIAL FAMILIAR (FAMILY HISTORY)

Circule qué familiar tiene o ha tenido el problema enumerado (please circle or mark which member of your family has o had the problem listed)

Problema <i>Problem</i>	Vínculo familiar <i>Family Relationship</i>	Edad de inicio <i>Age of Onset</i>	Tipo <i>(Type)</i>
Artritis <i>Arthritis</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		Reumatoide / Lupus / otro: <i>Rheumatoid Lupus other:</i>
Cáncer <i>Cancer</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		
Salud mental <i>Mental health</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		Antecedentes de enfermedad mental / <i>History of Mental Illness</i> Ansiedad /Bipolar / Suicidio <i>Anxiety Bipolar Suicide</i>
Diabetes <i>Diabetes</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		Tipo 1 / Tipo 2 <i>Type 1 Type 2</i>
Enfermedad de corazón <i>Heart disease</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		
Presión arterial alta <i>High blood pressure</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		
Enfermedad de riñón <i>Kidney disease</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		Cálculos / Infección / Fallo renal <i>Stones Infections Kidney failure</i>
Derrame cerebral <i>Stroke</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		
Otro <i>Other</i>	Madre (Mother) Mamá de mi mamá (Mom's mom) Padre (Father) Papá de mi mamá (Mom's dad) Hermano (Brother) Mamá de mi papá (Dad's mom) Hermana (Sister) Papá de mi papá (Dad's dad)		

SALUD DE MUJER (WOMENS HEALTH)

Escriba o circule la respuesta (please write or circle the answer)

Número de embarazos (incluso aborto espontáneo):

Number of pregnancies (incl. miscarriage):

Año de Nac. <i>Year of birth</i>	Género <i>Gender</i>	Complicaciones (si alguno) <i>Complications (if any)</i>

ALERGIAS (ALLERGIES)

A comida, fármacos o ambiente (food, drug or environmental)

Reviewed by _____ Date _____

SALUD DE MUJER, continuación (WOMENS HEALTH, continued)

Escriba o circule la respuesta (please write or circle the answer)

Fecha/clínica del último Papanicolaou:

Date/Location of last PAP:

¿Resultado normal?

Results Normal?

Sí

No

¿Hay un historial de un Papanicolaou anormal?

Any history of abnormal PAP?

Sí

No

Fecha/clínica de la última mamografía:

Date/Location of last Mammogram:

¿Resultado normal?

Results Normal?

Sí

No

ANTECEDENTES MÉDICOS (PAST MEDICAL HISTORY)

Escriba o circule la respuesta (please write or circle the answer)

Hospitalizaciones apunte la razón y fecha(s):

Hospitalizations (list the reason and date/s):
Cirugías apunte el tipo y la(s) fecha(s):

Surgeries (list the type and date/s)
Colonoscopia apunte la fecha/clínica:

Complete la autorización adjunta para pedir el expediente

Colonoscopy (list the date/location): Complete attached records release

Escaneo DEXA de huesos apunte la fecha/clínica:

Complete la autorización adjunta para pedir el expediente

DEXA Scan (list the date/location): Complete attached records release

MEDICAMENTOS (indique los medicamentos recetados y no recetados, las vitaminas, plantas medicinales e inhaladores que usa regularmente)

MEDICATIONS (please list any prescription medications, over the counter, vitamins, herbs and inhalers used regularly)

¿Su farmacia?

Pharmacy?

Ubicación:

Location:
Apunte sus medicamentos: incluya la dosis y cuántos por día

List Meds: Include dose & how many per day

Reviewed by _____ Date _____

REVISIÓN DE SISTEMAS - REVIEW OF SYSTEMS

Nombre del paciente (Patient Name): _____ Fecha de nacimiento (Date of Birth): _____

Marque "Sí" si tiene problemas frecuentes o continuos relacionados con los siguientes sistemas o "No" si no es así.

Explique cualquier respuesta "Sí" en el espacio proporcionado.

General	Sí yes	No
Fiebre <i>Fevers</i>		
Escalofríos <i>Chills</i>		
Pérdida de peso <i>Weight Loss</i>		
Malestar/fatiga <i>Malaise/ fatigue</i>		
Sudor excesivo <i>Heavy sweating</i>		
Debilidad <i>Weakness</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Piel - Skin	Sí	No
Sarpullido/ronchitas <i>Rash</i>		
Comezón/picazón <i>Itching</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Cabeza/oídos/nariz/garganta - Head/Ears/Nose/Throat	Sí	No
Dolores de cabeza <i>Headaches</i>		
Pérdida de audición <i>Hearing loss</i>		
Ruido/zumbido en el oído <i>Noise/ ringing in ear</i>		
Dolor del oído <i>Ear pain</i>		
Secreción del oído <i>Ear discharge</i>		
Sangrados de nariz <i>Nosebleeds</i>		
Congestión nasal <i>Congestion</i>		
Silbido que viene de la garganta <i>Wheezing coming from throat</i>		
Dolor de garganta <i>Sore throat</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Ojos - Eyes	Sí	No
Visión borrosa <i>Blurred vision</i>		
Visión doble <i>Double vision</i>		
Sensibilidad a la luz <i>Sensitivity to light</i>		
Dolor de ojo <i>Eye pain</i>		
Secreción del ojo <i>Eye discharge</i>		
Enrojecimiento del ojo <i>Eye redness</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Corazón y vasos sanguíneos - Heart and Blood Vessels	Sí	No
Dolor de pecho <i>Chest pain</i>		
Palpitaciones <i>Palpitations</i>		
Dificultad para respirar acostado <i>Difficulty breathing while lying flat</i>		
Dolor detrás de las piernas cuando camina <i>Pain in back of legs when walking</i>		
Hinchazón de pierna <i>Leg swelling</i>		
Dificultad para respirar o silbido por la noche <i>Trouble breathing or wheezing at night</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Respiratorio - Respiratory	Sí	No
Tos <i>Cough</i>		
Toser/Escupir sangre <i>Coughing blood</i>		
Flema <i>Phlegm</i>		
Falta de aliento <i>Shortness of breath</i>		
Sibilancia <i>Wheezing</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		

Gastrointestinal	Sí yes	No
Agruras/Acidez estomacal <i>Heartburn</i>		
Náusea <i>Nausea</i>		
Vómito <i>Vomiting</i>		
Dolor abdominal <i>Abdominal pain</i>		
Diarrea <i>Diarrhea</i>		
Estreñimiento <i>Constipation</i>		
Sangre en el excremento <i>Blood in stool</i>		
Excremento negro pegajoso <i>Black sticky stool</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Urinario y reproductivo - Urinary and Reproductive	Sí	No
Dolor al orinar <i>Painful urination</i>		
Urgencia <i>Urgency</i>		
Frecuencia <i>Frequency</i>		
Sangre en la orina <i>Blood in urine</i>		
Dolor de costado <i>Flank pain</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Músculos y coyunturas - Muscles and Joints	Sí	No
Dolor muscular <i>Muscle pain</i>		
Dolor de cuello <i>Neck pain</i>		
Dolor de espalda <i>Back pain</i>		
Dolor de coyuntura <i>Joint pain</i>		
Caídas <i>Falls</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Endocrino/Sangre/Alergias-Endocrine/Blood/Allergies	Sí	No
Sangrado o contusión fácil <i>Easy bruise/bleed</i>		
Alergias ambientales <i>Environmental allergies</i>		
Sediento a menudo <i>Thirsty often</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Neurológico - Neurologic	Sí	No
Mareos <i>Dizziness</i>		
Hormigueo <i>Tingling</i>		
Temblor <i>Tremor</i>		
Cambios sensoriales <i>Sensory changes</i>		
Cambios en el habla <i>Speech changes</i>		
Debilidad en un área <i>Weakness in one area</i>		
Convulsiones <i>Seizures</i>		
Desmayos <i>Pass out</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		
Psiquiátrico - Psychiatric	Sí	No
Depresión <i>Depression</i>		
Ideas suicidas <i>Suicidal ideas</i>		
Abuso de sustancias <i>Substance abuse</i>		
Alucinaciones <i>Hallucinations</i>		
Nervioso/Ansioso <i>Nervous/Anxious</i>		
Insomnio <i>Insomnia</i>		
Pérdida de memoria <i>Memory Loss</i>		
Explicación - <i>Explanation:</i>		

LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE



MOSAIC

NUESTROS PACIENTES TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE:

- Llegar a tiempo a sus citas.
- Dar por lo menos 24 horas de aviso para cancelar una cita.
- Traer todos los medicamentos recetados, fármacos sin receta y suplementos herbales a todas sus citas.
- Participar en el desarrollo de planes de tratamiento mutuamente convenidos.
- Seguir los planes de tratamiento convenidos.
- Notificarle a su proveedor médico si usted se empeora o tiene una reacción imprevista a algún medicamento.
- Cumplir con los acuerdos/contratos firmados incluyendo, pero no limitado a:
 - Acuerdo de tratamiento con sustancias controladas
 - Acuerdo de relación
- Dar permiso por escrito para divulgar sus expedientes de salud a otros proveedores.
- Informarnos si usted está insatisfecho con los servicios.
- Informarnos de cambios de dirección, teléfono, u otra información solicitada.
- Seguir todas las reglas de su compañía de seguro sobre cómo obtener servicios.

- Asumir la responsabilidad financiera para el pago de todos los cobros incluyendo:
 - Traer su tarjeta de seguro cada vez que venga a la clínica si es que usted tiene seguro médico.
 - Pagar todos los co-pagos y deducibles a la hora de su visita si tiene seguro médico.
 - Pagar por los servicios proporcionados a la hora de su visita si no tiene seguro médico.
- Traer con prontitud la documentación de elegibilidad para un descuento si no tiene seguro médico.
- Traer con prontitud documentación de elegibilidad para el Plan de Salud de Oregon (OHP por sus siglas en inglés) si el personal de la clínica se lo pide.
- Volver a ordenar sus medicamentos: Usted tiene la responsabilidad de contactar a su farmacia y pedir un surtido de receta dos días laborables o más antes de que necesite el medicamento. La farmacia enviará el pedido de receta por fax o electrónicamente a nuestra clínica. Una vez recibido, nuestra clínica repasará y responderá al pedido de receta dentro de dos días laborales. Algún retraso de la farmacia en el surtido, pago o entrega es entre usted y la farmacia.

NUESTROS PACIENTES TIENEN EL DERECHO A:

- **Servicio** – Recibir servicio sin importar su raza, sexo, religión, edad, origen étnico, preferencia lingüística, educación, estado económico, orientación sexual o discapacidad.
- **Respeto** – Contar con que nuestro personal sea sensible a sus necesidades y sentimientos y a que se le trate con el respeto y dignidad de un ser humano.
- **Privacidad** – La consideración de su privacidad. Su tratamiento es confidencial y se debe realizar con discreción en todo caso.
- **Información** – Saber su diagnóstico, opciones de tratamiento, curso probable de

su enfermedad y consecuencias probables de las opciones de tratamiento. Saber cualquier otra información significativa que le ayudaría a dar un consentimiento informado.

- **Elección** – Estar involucrado en el planeamiento de los servicios que usted va a recibir, aceptar o rehusar tratamiento, agarrar una segunda opinión sobre su enfermedad o tratamiento y/o cambiarse de proveedor.
- **Confidencialidad** – Confidencialidad en todos los asuntos personales, relaciones interpersonales y documentos, además de acceso a sus expedientes médicos.
- **Continuidad de cuidado médico** – Derivación a otros servicios o agencias que usted necesite para la continuidad de su cuidado médico.
- **Facturación** – Obtener, dudar y hablar sobre un informe completo de los cobros para su cuidado médico sin importar la forma de pago.
- **Reglas y normas** – Saber las reglas y normas que aplican a su conducta como paciente/cliente y tener representación en la formulación de las reglas y normas que lo gobiernan a usted como paciente/cliente.
- **Comunicación** – Tener toda la comunicación en un idioma que usted entiende claramente.
- **Quejas** – Poder presentar una queja acerca de asuntos relacionados al servicio o el tratamiento que se le proporciona. Pedir ayuda para presentar la queja.
- **Conocer a su equipo de cuidado** – Saber los nombres de las personas que le atienden.

Si tiene alguna pregunta, avísele a su proveedor médico o al gerente de la clínica.

Demandas y conflictos - Mosaic Medical puede usar o divulgar PHI en respuesta a una orden administrativa de la corte debido a la participación de usted en una demanda o conflicto. Mosaic Medical puede divulgar PHI en respuesta a una citación judicial sujeta a todos los requisitos legales aplicables.

Jueces de Instrucción, Médicos forenses, y Directores de la funeraria - Mosaic Medical puede usar o divulgar PHI a un juez de instrucción o médico forense cuando sea solicitada.

Información sin identificación - Mosaic Medical puede usar o divulgar su PHI en un modo que no identifica quien es usted.

Familia y amigos - Mosaic Medical puede usar o divulgar PHI a miembros de su familia o amigos si se obtiene un acuerdo verbal de usted, o si se le ha dado a usted una oportunidad de oponerse a tal divulgación y usted no menciona ninguna objeción. Mosaic Medical puede también usar o divulgar PHI a su familia o amigos si podemos deducir de las circunstancias, basado en nuestro juicio profesional, que usted no se opondría.

Mercadotecnia - Mosaic Medical no usará la información de usted para propósitos de mercadotecnia sin su autorización escrita. Mosaic Medical no venderá su PHI a otra organización para mercadotecnia o cualquier otro propósito.

En situaciones donde usted no es capaz de dar consentimiento por incapacidad o una emergencia médica, Mosaic Medical puede, usando nuestro juicio profesional, usar o divulgar su PHI a su familia o amigos si es en el mejor interés de usted.

SUS DERECHOS DE PHI

Usted tiene los siguientes derechos respecto a su PHI:

Derecho a inspeccionar y copiar - Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud. Puede pedir una copia electrónica de su expediente. Usted tiene que hacer la petición por escrito. Mosaic Medical se reserva el derecho a cobrar un honorario para cubrir los gastos de labor, provisiones, y envío. Mosaic Medical puede denegar su petición a inspeccionar y/o copiar su expediente en ciertas circunstancias. Si se le deniega su acceso a su PHI, usted puede pedir que su petición denegada sea repasada. El segundo repaso será por un proveedor médico licenciado que no tuvo

nada que ver con la primera decisión de denegar acceso.

Derecho a enmendar - Usted tiene el derecho a pedir que se haga una enmienda de su archivo si piensa que la información es incorrecta o que falta información. Su petición debe ser por escrito y tiene que incluir una razón para la petición. Mosaic Medical puede denegar su petición para una enmienda si la información que debe ser corregida no fue creada por Mosaic Medical originalmente, no es parte de la PHI que mantenemos, no fue permitida que fuera inspeccionada y/o copiada, o ya está correcta y completa. Una copia de su enmienda se presentará en su expediente, aunque no haya un acuerdo de enmendar el expediente mismo.

Derecho a una lista de divulgaciones - Usted tiene el derecho a una "justificación de divulgaciones" de su PHI. Esta es una lista de divulgaciones de su PHI con objetivos además de tratamiento, pagos, funcionamiento de la atención médica, y varias circunstancias especiales que involucran la seguridad nacional, instituciones correccionales, y ejecución de la ley. La lista excluirá divulgaciones que hayamos hecho basado en su autorización por escrito. Para obtener esta lista, tiene que someter su petición por escrito al Funcionario de Conformidad. Debe indicar un período de tiempo que no puede ser más de seis años y no puede incluir solicitudes de información antes del 14 de abril de 2003. La petición debe indicar la forma en que le gustaría a usted recibir la información (en papel o electrónicamente). Para peticiones de la lista después de la primera vez, Mosaic Medical reserva el derecho a cobrar un honorario para cubrir los gastos de proveer las listas.

Derecho a pedir restricciones - Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación en el uso de su PHI. La petición debe ser por escrito y describir cuál información usted quiere que sea limitada y a quién Mosaic Medical puede denegar una petición. Si la petición está aprobada, las restricciones pueden ser terminadas por escrito o verbalmente en cualquier momento en el futuro.

Derecho a pedir restricciones al seguro de salud - Usted tiene el derecho a pedir una restricción de divulgación a su seguro de salud para tratamientos por los cuales usted paga en efectivo. La petición debe ser por escrito y describir cuál información usted desea que sea restringida y el nombre de su seguro de salud. Esta restricción no se extiende al cuidado de seguimiento o divulgaciones autorizadas por otro médico, a menos que sea especificado en la petición de restricciones. Mosaic Medical tiene

el derecho a facturar su seguro de salud si Mosaic Medical no puede conseguir un pago de usted.

Derecho a pedir comunicaciones confidenciales - Usted tiene el derecho a que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI en un cierto modo o lugar. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted solamente en su trabajo, o sólo por correo. La petición tiene que ser por escrito. Ninguna razón es necesaria. Nos adaptaremos a todas las peticiones razonables

Derecho a recibir una notificación de una infracción - Si hay una infracción que involucra la PHI de usted, Mosaic Medical le contactará por escrito con una descripción de la infracción, el tipo de información involucrada, los pasos que usted debe tomar para protegerse, un resumen breve de lo que se está haciendo y la persona que usted puede contactar para más información.

Derecho a presentar una queja - Usted tiene el derecho a presentar una queja si siente que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted no será penalizado por presentar una queja. Usted puede comunicarse con el Funcionario de Conformidad anotado en la caja a continuación o con la Oficina de Derechos Civiles en:

Medical Privacy, Complaint Division
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
HHH Building, Room 509H
Washington, D.C. 20201
Número de teléfono gratuito: 877-696-6775
866-627-7748 (teléfono)
866-627-7748 (TTY)
www.hhs.gov/ocr (e-mail)

Derecho a una copia de este aviso - Usted tiene el derecho a conseguir una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Este aviso también está disponible por el internet en www.mosaicmedical.org.

Si tiene cualquier pregunta sobre esta información, por favor comuníquese con:

El Funcionario de Conformidad
600 SW Columbia Street, Suite 6210
Bend, OR 97702
541-383-3005 (teléfono)
541-647-2921(fax)



LA PRIVACIDAD DE SU
INFORMACIÓN

APRENDA CÓMO SE PUEDE
USAR Y DIVULGAR SU
INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO
USTED PUEDE TENER ACCESO
A ESTA INFORMACIÓN

PROPÓSITO

Esta noticia de Prácticas de Privacidad describe las prácticas seguidas por nuestro personal con respecto a la información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) de usted. Esta noticia le explicará cómo y cuándo podemos usar y divulgar su PHI, pero puede ser que no incluya todas las situaciones posibles. Por favor haga cualquier cuestión que tenga al Funcionario de Conformidad, notado al final de este aviso.

SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Este aviso trata sobre la información y los datos que mantenemos acerca de su salud, estado de salud y servicios de atención médica proporcionados en nuestra oficina. Esta información puede incluir información obtenida y registrada en esta oficina, igual como información recibida de otros proveedores de atención médica. La información puede ser en forma escrita, electrónica o hablada. Puede incluir información sobre su historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones, información de facturación, e información parecida que está relacionada con su salud.

Estamos obligados por la ley a darle este aviso. Le explicará cómo podemos usar y divulgar su PHI y explica sus derechos acerca del uso de esa información.

LAS MANERAS EN QUE PODEMOS DIVULGAR SU PHI SIN SU CONSENTIMIENTO ESCRITO

Para tratamiento - Mosaic Medical puede usar y divulgar información a proveedores de atención médica que proporcionan servicios a usted. Los proveedores pueden ser, pero no están limitados a, doctores, enfermeras, técnicos, personal de la oficina, u otro personal que esté involucrado con su atención. El personal en nuestra oficina puede compartir información para coordinar su atención tal como llamar a su farmacia con recetas, hacer citas en el laboratorio y ordenar rayos-x. Puede que familiares y otros proveedores de atención médica participen en su cuidado médico fuera de esta oficina y puedan requerir información sobre usted para mejorar su tratamiento.

Para pagos - Mosaic Medical puede usar y divulgar PHI para mandar facturas de los servicios proporcionados y para recibir pagos de su seguro de salud u otra tercera persona. Compañías de

seguros pueden necesitar información acerca de una visita o procedimiento específico o requerir información para aprobar de antemano servicios futuros. Mosaic Medical puede usar o divulgar información para estos propósitos.

Para el funcionamiento de atención médica Mosaic Medical puede usar o divulgar PHI para manejar y/o mejorar el consultorio, sus programas y servicios. Mosaic Medical puede, por ejemplo, usar PHI para revisar la calidad de los servicios que usted ha recibido.

Intercambio de información Sanitaria (HIE por sus siglas en inglés – Health Information Exchange) - Mosaic Medical participa en el Central Oregon Health Information Exchange (COHIE por sus siglas en inglés – Intercambio de Información Sanitaria de Central Oregon).

- HIE es un método informático seguro para intercambiar o divulgar información de salud de pacientes con otras organizaciones, con el propósito de tratamiento médico, pagos, y funcionamiento.

Los beneficios de HIE:

- Ayuda a coordinar su atención medica entre todos sus médicos
- Reduce exámenes duplicados y costos relacionados
- Mejora la calidad y seguridad de su tratamiento por proveer información más completa a sus médicos
- Aumenta la privacidad de su información de salud a través de codificación criptográfica, autenticación, controles de acceso, y otros mecanismos de seguridad

Es posible que cierta información, en ciertos casos, sea especialmente protegida por la ley y requiera autorización adicional. Es posible que Mosaic Medical le pida proveer la autorización o elegir divulgar lo siguiente:

- Información sobre tratamiento para la salud mental
- Información sobre tratamiento para el abuso de sustancias (AVISO: La información sobre tratamiento para la salud mental y el abuso de sustancias tan sólo se considera información especialmente protegida para los médicos de abuso de sustancias y salud mental con fondos federales dentro de Mosaic. Se designará a estés médicos y serán los únicos que necesitan obtener una autorización adicional.)

Mosaic Medical también participa en y es parte de

un HIE que incluye a participantes en OCHIN Inc. (Oregon Community Health Information Network - Red de Información Médica Comunitaria del Estado de Oregon)

- Se puede encontrar una lista actualizada de participantes en OCHIN en www.ochin.org/our-members/ochin-members/. Como un socio comercial de Mosaic Medical, OCHIN proporciona a Mosaic Medical y a otros miembros de OCHIN servicios de informática y servicios relacionados. OCHIN también se involucra en evaluaciones de calidad y actividades de perfeccionamiento en representación de sus miembros. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de evaluación clínica de parte de las organizaciones participantes para establecer estándares de la mejor práctica y evaluar los beneficios clínicos que se puedan obtener del uso del sistema electrónico de archivos médicos. OCHIN también ayuda a los participantes a que trabajen en conjunto para mejorar el manejo de la derivación interna y externa de pacientes. Mosaic Medical puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para propósitos del funcionamiento de la atención médica del acuerdo de atención médica organizada.

Socios comerciales - Mosaic Medical puede contratar con socios comerciales que puedan desempeñar ciertas funciones y actividades en representación de Mosaic. Nuestros socios comerciales están obligados a proteger la seguridad de su PHI.

Recordatorios de citas - Mosaic Medical puede comunicarse directamente con usted o dejarle un mensaje como recordatorio de sus citas.

Verificación de seguro - Mosaic Medical puede comunicarse con su compañía de seguros por teléfono o en su sitio web para verificar el estado de su seguro.

Tratamientos alternativos - Mosaic Medical puede comunicarse con usted acerca de posibles tratamientos alternativos.

Productos y servicios de salud - Mosaic Medical puede comunicarse con usted acerca de productos o servicios de salud que puedan ser de interés para usted.

OTRAS SITUACIONES EN LAS CUALES MOSAIC MEDICAL PUEDE DIVULGAR PHI SIN CONSENTIMIENTO

Como lo exige la ley - Mosaic Medical usará y divulgará PHI cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local o por orden de la corte. Mosaic Medical puede divulgar PHI en respuesta a una citación judicial, orden judicial, o un proceso similar sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

Para informes de maltrato o para prevenir una amenaza de salud o seguridad - Mosaic Medical puede usar o divulgar PHI para cumplir con sus requisitos legales obligatorios de informar, o para prevenir una amenaza seria a la salud y seguridad de usted o a la salud y seguridad del público u otra persona.

Investigaciones - Mosaic Medical puede usar y divulgar PHI para proyectos de investigación si usted ha dado consentimiento para participar en un estudio. Si usted ha dado consentimiento voluntario para participar en una investigación, los investigadores serán sujetos a las mismas restricciones de PHI que Mosaic Medical.

Donación de órganos y tejidos - Si usted es un donador de órganos, Mosaic Medical puede usar y divulgar PHI a organizaciones que se encargan de la adquisición de los órganos para facilitar donaciones, transportes y trasplantes.

Militar, veterano, seguridad nacional e inteligencia - Si usted es un miembro del servicio militar o parte de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, Mosaic Medical puede usar y divulgar PHI a su comandancia militar u otras autoridades del gobierno como sea requerido. Mosaic Medical también puede divulgar PHI sobre personal de un servicio militar extranjero a las autoridades apropiadas del militar extranjero.

Indemnización laboral - Mosaic Medical puede usar y divulgar PHI para indemnización laboral o programas similares. Tales programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública - Mosaic Medical puede usar o divulgar PHI para razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o discapacidad; o informar de nacimientos, muertes, sospecho de abuso o negligencia, lesiones físicas hechas a propósito, reacciones a medicinas o problemas con productos.

Actividades de la vigilancia de salud Mosaic Medical puede usar o divulgar PHI a una agencia de vigilancia de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones, o propósitos de licenciar.