

Información del paciente

Patient Information

Información legal (de su tarjeta de identificación) <i>Legal Information (as shown on ID)</i>	
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 veterano: ¿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

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> \$0–5,000 | <input type="checkbox"/> \$25,001–30,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001–55,000 | <input type="checkbox"/> \$75,001–80,000 | <input type="checkbox"/> \$100,001–110,000 |
| <input type="checkbox"/> \$5,001–10,000 | <input type="checkbox"/> \$30,001–35,000 | <input type="checkbox"/> \$55,001–60,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001–85,000 | <input type="checkbox"/> \$110,001–120,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,001–15,000 | <input type="checkbox"/> \$35,001–40,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001–65,000 | <input type="checkbox"/> \$85,001–90,000 | <input type="checkbox"/> \$120,001–130,000 |
| <input type="checkbox"/> \$15,001–20,000 | <input type="checkbox"/> \$40,001–45,000 | <input type="checkbox"/> \$65,001–70,000 | <input type="checkbox"/> \$90,001–95,000 | <input type="checkbox"/> \$130,001–140,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001–25,000 | <input type="checkbox"/> \$45,001–50,000 | <input type="checkbox"/> \$70,001–75,000 | <input type="checkbox"/> \$95,001–100,000 | <input type="checkbox"/> 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)
Signature of Patient (or Parent/Legal Guardian)

Fecha (*Date*)

Permisos para divulgar información - Menores

Communication Permissions - Minor

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

Sección 1 (Section 1)

Información de contacto del(los) padre(s) o custodio(s) legal(es) (proporcione comprobante si es el custodio legal o el representante legal, o tiene poder notarial médico, etc.):		<i>Biological or legal parents or guardian(s) contact information (please provide proof if legal guardian, legal representative, medical power of attorney, etc.):</i>
Nombre: <i>Name:</i>	Nombre: <i>Name:</i>	
Relación: <i>Relationship:</i>	Relación: <i>Relationship:</i>	
Nº telefónico: <i>Phone:</i> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Mobile Home Other</i>	Nº telefónico: <i>Phone:</i> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Mobile Home Other</i>	

Sección 2 (Section 2)

Mosaic Medical puede dejar un correo de voz en los números de arriba por las siguientes razones: (marque todo lo que corresponda)		<i>Mosaic Medical may leave a voicemail for the following reasons using the above numbers: (check all that apply)</i>
<input type="checkbox"/> Información médica <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Recordatorio automatizado de cita <input type="checkbox"/> Ningún tipo de mensaje <i>Medical Information Billing Automated Appointment Reminders No Messages of Any Kind</i>		
Llamen: <input type="checkbox"/> SOLO el Nº de teléfono de preferencia registrado <input type="checkbox"/> Cualquier Nº de teléfono personal registrado <i>Use: Preferred Number on file ONLY Any Personal Number on file (not including emergency contact)</i>		

Sección 3 (Section 3)

Información de contacto del paciente (si corresponde). Los pacientes menores de edad (menores de 18) pueden pedir ciertos niveles de confidencialidad y consentir a varios asuntos médicos según su edad. El personal de Mosaic Medical puede proporcionar más detalles al respecto.		<i>Patient Contact Information (if applicable). Patients who are minors (Under age 18) may request certain levels of confidentiality and consent to various health care matters depending on their age. Further details regarding this can be provided by Mosaic Staff.</i>
Nº telefónico del paciente: _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Patient's Phone Number: Mobile Home Other</i>		
Mosaic Medical puede (marque todo lo que corresponda): <i>Mosaic Medical may (please check all that apply):</i>		
1. Dejar información médica en el correo de voz: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Leave medical information on voicemail:</i>		
2. Llamar con recordatorios automatizados de citas: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Use for automated appointment reminders:</i>		

Sección 4 (Section 4)

Complete esta sección si hay alguien aparte del padre o custodio legal que puede buscar y autorizar atención médica para el paciente con regularidad Y/O a quien un representante de Mosaic Medical puede divulgar información de salud sobre el paciente [padrastros, abuelos, etc. (NOTA: Esto no consta una autorización para divulgar el expediente médico.)]

Please complete this section if there is anyone besides the parent/guardian that may regularly seek and authorize medical care for the patient AND/OR with whom a Mosaic Medical representative may share healthcare information about the patient [step parents, grandparents, etc. (NOTE: This is not an authorization to release medical records.)]

Nadie (None)

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Nº telefónico:** _____
Name Relationship Phone

Sobre: (marque todo lo que corresponda)

Regarding: (please check all that apply)

Programar o cancelar citas **Toda** información Buscar atención médica Otro: _____
Schedule or cancel appointments All Information Seek medical care Other

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Nº telefónico:** _____
Name Relationship Phone

Sobre: (marque todo lo que corresponda)

Regarding: (please check all that apply)

Programar o cancelar citas **Toda** información Buscar atención médica Otro: _____
Schedule or cancel appointments All Information Seek medical care Other

Sección 5 (Section 5)

Se requiere la firma

Signature required

Se puede cambiar o revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento. Estará en vigencia hasta ese momento o cuando el paciente cumpla 18 años.

This authorization may be changed or revoked in writing at any time, it will remain in effect until that time or the patient turns 18.

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 (Padre/Custodio legal): _____ **Fecha:** _____
Signature (Parent/Legal Guardian) Date

En letra de molde (Padre/Custodio legal): _____ **Relación:** _____
Print name (Patient/Legal Guardian) 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. **Habrá 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 – menor

Health History – Minor

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____
Patient Name Date of Birth Today's Date

AMBIENTE DEL HOGAR / ¿Quién vive con el paciente? Escriba y/o circule las respuestas abajo. HOME ENVIRONMENT / Who lives with patient? Please write in and/or circle the answers below.					
Nombre de la madre: <i>Mother's name:</i>	Biológica / Madrastra / Adoptiva / De acogida <i>Biological / Step / Adoptive / Foster</i>	Vive con el niño <i>Lives with child:</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	
Nombre del padre: <i>Father's name:</i>	Biológica / Madrastra / Adoptiva / De acogida <i>Biological / Step / Adoptive / Foster</i>	Vive con el niño <i>Lives with child:</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	
Otro (nombre y relación): <i>Other (name & relationship):</i>					
Hermanos (en la casa, nombre y edad(es)): <i>Siblings (at home, first name and age/s):</i>					
¿Qué tipo de vivienda? Independiente / Apartamento / Tráiler / Temporal <i>What type of residence? Single family / Apartment / Trailer / Temporary</i>			¿Se construyó antes de 1978? <i>Was it built before 1978?</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Hay consumidores de tabaco/fumadores en casa? <i>Tobacco users/smokers at home?</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	
¿Hay niño o adulto en casa que usa alcohol o drogas a menudo? <i>Is there a child or adult at home who uses alcohol or drugs often?</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	
¿Hay armas en la casa? <i>Are there guns in the home?</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	
¿Hay alguien en casa que se le lastima o se le toca de mala manera? <i>Is anyone at home being hurt or touched in a bad way?</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	
¿Alguien en la casa tiene problemas con el estado de ánimo? <i>Does anyone at home have a problem with their mood?</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	
¿Es difícil para la familia pagar las cuentas o la comida? <i>Does your family have a hard time paying bills or for food?</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>	

ALERGIAS Escriba o circule las respuestas abajo. ALLERGIES Please write in or circle the answers below.		
¿Tiene alergias el paciente? <i>Does the patient have allergies?</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Le hicieron una prueba de alergia? <i>Was allergy testing done?</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
A medicamento: <i>To medications:</i>		
A comidas/otra (abeja, látex): <i>To foods/other (bees, latex):</i>		

MEDICAMENTOS (enumere los que toma regularmente) MEDICINES (list medication/s taken regularly)

INMUNIZACIONES <i>Escriba y/o circule las respuestas abajo.</i>			
IMMUNIZATIONS <i>Please write in and/or circle the answers below.</i>			
¿Piensa que el paciente está al día con las vacunas recomendadas? <i>Do you think the patient is up-to-date on recommended vaccines?</i>	No sé <i>Not Sure</i>	Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Tiene un registro de vacunas actualizado? <i>Do you have a current record of vaccines?</i>		Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Alguna reacción o problema? (Si es así, descríballo): <i>Any reactions or problems? (if yes, please describe):</i>		Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>

HISTORIAL MÉDICO PASADO <i>Escriba y/o circule las respuestas abajo.</i>				
PAST MEDICAL HISTORY <i>Please write in and/or circle the answers below.</i>				
Parto: A término / Temprano / Tarde <i>Birth: Full term / Early / Late</i>	Embarazo duró: <i>Pregnancy lasted:</i>	semanas (a término es 40) <i>weeks (full term is 40)</i>	Peso al nacer: <i>Birth Weight:</i>	libras onzas <i>pounds ounces</i>
¿Hubo complicaciones del embarazo? (si es así, descríbalas): <i>Pregnancy complications? (if yes, please describe):</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Hubo uso de Tabaco / Alcohol / Drogas durante el embarazo? <i>Tobacco / Alcohol / Drug use in pregnancy?</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Hubo complicaciones del parto? (si es así, descríbalas): <i>Birth complications? (if yes, please describe):</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
¿Pasó la revisión de audición? <i>Hearing screen passed?</i>			Sí <i>Yes</i>	No <i>No</i>
Se quedó en el hospital: 1-3 días rutinariamente / más de 3 días debido a: <i>Hospital stay lasted: 1-3 days & routine / more than 3 days due to:</i>				
Hospitalizaciones (enumere con fechas): <i>Hospitalizations (list with date/s):</i>				
Cirugías (enumere con fechas): <i>Surgeries (list with date/s):</i>				
Enfermedades crónicas (asma, diabetes, alergia, eccema): <i>Chronic illness/es (asthma, diabetes, allergy, eczema):</i>				
Retrasos del desarrollo / terapias del desarrollo (logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional): <i>Developmental delays / developmental therapies (speech, physical, occupational):</i>				
Cuidado psiquiátrico / hospitalizaciones: <i>Psychiatric care / hospitalization/s:</i>				

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR <i>Escriba y/o circule las respuestas abajo.</i> Apunte solo los parientes de sangre afectados: padres, hermanos, abuelos, tíos, primos FAMILY HISTORY <i>Please write in and/or circle the answers below.</i> Please note only affected blood relatives: Mother, Father, Brother/s, Sister/s, Grandparents, Aunts, Uncles, Cousins		
Abuso de alcohol o sustancias: <i>Alcohol or substance abuse:</i>	Sí Yes	No No
Alergias (fiebre de heno, otra): <i>Allergies (hay fever, other):</i>	Sí Yes	No No
Artritis (reumatoide, lupus, otra): <i>Arthritis (rheumatoid, lupus, other):</i>	Sí Yes	No No
Asma: <i>Asthma:</i>	Sí Yes	No No
Sangrado anormal o coágulos de sangre: <i>Abnormal bleeding or blood clotting:</i>	Sí Yes	No No
Cancer (donde:): <i>Cancer (where:):</i>	Sí Yes	No No
Salud mental (Depresión / Ansiedad / Trastorno bipolar / suicidio): <i>Mental health (Depression / Anxiety / Bipolar / Suicide):</i>	Sí Yes	No No
Diabetes (Type 1, Type 2): <i>Diabetes (Tipo 1, Tipo 2):</i>	Sí Yes	No No
Tracto digestivo (Crohn / Colitis ulcerativa / Intestino irritable / Estreñimiento / Hepatitis): <i>Digestive tract (Crohn's / Ulcerative colitis / Irritable bowel / Constipation / Hepatitis):</i>	Sí Yes	No No
Enfermedad genética, defectos de nacimiento: <i>Genetic disease, birth defects:</i>	Sí Yes	No No
Problemas reproductivos o urinarios: <i>Reproductive or Urinary problems:</i>	Sí Yes	No No
Dolores de cabeza / Migraña: <i>Headaches / Migraine:</i>	Sí Yes	No No
Enfermedad cardíaca: <i>Heart disease:</i>	Sí Yes	No No
Colesterol alto: <i>High cholesterol:</i>	Sí Yes	No No
Presión arterial alta: <i>High blood pressure:</i>	Sí Yes	No No
Enfermedad de los riñones (Cálculos / Infecciones / Insuficiencia renal): <i>Kidney disease (Stones / Infections / Kidney failure):</i>	Sí Yes	No No
Problemas musculoesqueléticos: <i>Muscle or skeletal problems:</i>	Sí Yes	No No
Trastorno del sistema nervioso (Esclerosis múltiple, convulsiones): <i>Nervous system disorder (M.S., seizures):</i>	Sí Yes	No No
Problemas de piel (Eccema / Psoriasis): <i>Skin problems (Eczema / Psoriasis):</i>	Sí Yes	No No
Osteoporosis (pérdida de hueso): <i>Osteoporosis (bone loss):</i>	Sí Yes	No No
Trastorno sanguíneo (Falciforme, talasemia): <i>Blood disorder (Sickle cell, thalassemia):</i>	Sí Yes	No No
Derrame cerebral: <i>Stroke:</i>	Sí Yes	No No
Enfermedad tiroidea: <i>Thyroid disease:</i>	Sí Yes	No No
Tuberculosis: <i>Tuberculosis:</i>	Sí Yes	No No
Problemas o discapacidad para aprender (TDAH / Retraso del habla o lenguaje / Dislexia): <i>Learning problems or disability (ADHD / speech/ or language delay / dyslexia):</i>	Sí Yes	No No
Problemas de visión: <i>Vision problems:</i>	Sí Yes	No No

REVISIÓN DE SISTEMAS (<i>Marque si tiene alguno de estos síntomas ahora; avísenos si tiene alguna pregunta</i>) REVIEW OF SYSTEMS (<i>please check if you have any of these problems now; let us know if you have any questions</i>)		
Fiebre o escalofríos <i>Fever or chills</i>	Dolor de pecho <i>Chest pain</i>	Rigidez/hinchazón de coyuntura <i>Joint stiffness or swelling</i>
Pérdida de apetito <i>Loss of appetite</i>	Latido del corazón anormal <i>Abnormal heart beat</i>	Cojera <i>Limp</i>
Aumento o pérdida de peso <i>Weight gain or loss</i>	Desmayos <i>Passing out</i>	Andar o postura anormal <i>Abnormal gait or stance</i>
Fatiga <i>Fatigue</i>	Regurgitar con frecuencia <i>Spitting up frequently</i>	Dolor en la espalda, brazo o pierna <i>Pain in back, arms or legs</i>
Dificultad para dormir <i>Trouble sleeping</i>	Náuseas / Vómitos <i>Nausea / Vomiting</i>	Lunares preocupantes o que cambian <i>Worrisome or changing moles</i>
Sentimientos de depresión <i>Depressed feelings</i>	Dolor abdominal <i>Abdominal pain</i>	Urticaria/ronchas <i>Hives</i>
Sentirse ansioso o preocupado <i>Anxious or worried feelings</i>	Diarrea <i>Diarrhea</i>	Sarpullido <i>Rash</i>
Pensamientos de muerte o suicidio <i>Thoughts of death or suicide</i>	Estreñimiento o irregularidad <i>Constipation or irregularity</i>	Coágulos de sangre <i>Blood clots</i>
Mirada/movimientos de ojo anormales <i>Abnormal gaze or eye movements</i>	Agruras / Acidez estomacal <i>Heartburn</i>	Moretones o sangrado fácil <i>Easy bruising or bleeding</i>
Pérdida o problema de la vista <i>Vision loss or problems</i>	Dolor o dificultad al tragar <i>Painful or difficult swallowing</i>	Ganglios linfáticos hinchados o bultos <i>Swollen lymph nodes or bumps</i>
Dolor o enrojecimiento de ojo <i>Eye pain or redness</i>	Sangre en el excremento <i>Blood in the stool</i>	Dolor de cabeza <i>Headache</i>
Sangrados frecuentes de nariz <i>Frequent nosebleeds</i>	Dolor o ardor al orinar <i>Pain or burning with urination</i>	Debilidad <i>Weakness</i>
Dolor de oído <i>Ear pain</i>	Orinar con frecuencia <i>Frequent urination</i>	Entumecimiento <i>Numbness</i>
Pérdida de audición <i>Hearing loss</i>	Sangre en la orina <i>Blood in urine</i>	Sensaciones anormales <i>Abnormal sensations</i>
Dolor en la boca o dientes <i>Pain in mouth or teeth</i>	Incontinencia (pérdida de orina) <i>Incontinence (can't control urine)</i>	Mujeres: Reglas dolorosas <i>Females: Painful periods</i>
Ronquera <i>Hoarseness</i>	Orinar excesivamente <i>Urinate too much</i>	Mujeres: Menstruaciones pesadas <i>Females: Heavy periods</i>
Ronca todas las noches <i>Snoring nightly</i>	Sed excesiva <i>Excessive thirst</i>	Mujeres: Reglas irregulares <i>Females: Irregular periods</i>
Falta de respiración <i>Shortness of breath</i>	Hambre excesiva <i>Excessive hunger</i>	Mujeres: Secreción vaginal <i>Females: Vaginal discharge</i>
Tos <i>Cough</i>	No tolerar el frío o calor <i>Can't tolerate cold or heat</i>	Hombres: Secreción del pene <i>Males: Discharge from penis</i>
Sibilancia (al respirar) <i>Wheezing</i>	Sudor excesivo <i>Sweat too much</i>	Hombres: Dolor o hinchazón de testículo <i>Males: Testicle pain or swelling</i>

Reviewed by _____

Date _____

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)



MOSAIC

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 seguras 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 médica 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.