



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

¡Bienvenido!

Estimado paciente:

Bienvenido y gracias por elegir Blue Ridge Medical Center (BRMC) para sus necesidades de atención médica. Una vez registrado, es elegible para recibir servicios en todas nuestras ubicaciones, incluidas Blue Ridge Medical Center Amherst, Blue Ridge Medical Center Appomattox, Blue Ridge Medical Center Pharmacy y Blue Ridge Dental Center. Complete todos los formularios en el paquete adjunto y devuélvalos al Centro Médico antes de su cita. Tener los documentos con antelación hará que su proceso de registración sea mucho más rápido.

Los formularios incluidos en este paquete son:

| | |
|---|---|
| Registración | Devolver a BRMC |
| Privilegio para discutir / Formulario de consentimiento HIPAA | Devolver a BRMC |
| Solicitud de registros médicos | Devolver a BRMC |
| Cuestionario de historial de salud | Devolver a BRMC |
| Política debido a las citas Perdidas | Devolver a BRMC |
| Formulario de acceso al sitio web | Devolver a BRMC |
| Formulario de asistencia financiera | Devolver a BRMC (Solo si aplica para usted) |
| Telemedicina: qué esperar | Devolver a BRMC |
| Formulario de consentimiento de telemedicina | Devolver a BRMC |
| Responsabilidades del paciente | Devolver a BRMC |
| Derechos del paciente | Información para el paciente |
| Aviso de prácticas de privacidad | Información para el paciente |

Los formularios que estén incompletos serán devueltos.

Comuníquese con nosotros lo antes posible si tiene preguntas sobre cualquiera de los formularios. Estaremos encantados de ayudarle. Y nuevamente, gracias por elegir Blue Ridge Medical Center.

Atentamente,

Blue Ridge Medical Center
434.263.4000



Forma de Registro de Nuevo Paciente

Fecha de Hoy: _____

Esta registraci3n es para Medico (BRMC) Dental (BRDC) BH

| Informaci3n General del Paciente | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: | |
| Direcci3n: | | Fecha de Nacimiento: (Mes/Dia/Año) | |
| Ciudad: | Estado: | C3digo Postal: | |
| Núm. Celular | | | |
| Tel3fono Casa: | | Núm. Trabajo: | |
| Email: | | Seguro Social: | |
| S.O./G.I | | | |
| Sexo Asignado al nacimiento: | | | |
| <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> Desconocido | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| Orientaci3n Sexual: | | | |
| <input type="radio"/> Heterosexual | <input type="radio"/> Lesbiana/Gay | <input type="radio"/> Bisexual | |
| <input type="radio"/> Desconocido | <input type="radio"/> Elijo no revelar | <input type="radio"/> Otro: _____ | |
| Identidad de Genero | | | |
| <input type="radio"/> Hombre | <input type="radio"/> Mujer | <input type="radio"/> Hombre transexual a mujer | |
| <input type="radio"/> Mujer transexual a hombre | <input type="radio"/> Elijo no revelar | <input type="radio"/> Otro: _____ | |
| Garante/Persona Responsable del Pago (Complete solo si es diferente del Paciente) | | | |
| <i>Si es tutor legal, se debe proporcionar documentaci3n judicial.</i> | | | |
| Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: | |
| Relaci3n con el paciente: | | Fecha de Nacimiento: | |
| Direcci3n: | Ciudad: | Estado: | C3digo Postal: |
| Email: | Num. Tel3fono (<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa): | | Numero de Trabajo: |
| Contactos de Emergencia | | | |
| | Contacto Principal | Contacto Secundario | |
| Nombre | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | |
| Relaci3n | | | |
| Direcci3n | | | |
| Ciudad, Estado, CP | | | |
| Num. Tel3fono | | | |

| Información de Seguro Médico/Dental | | |
|---|---|--|
| Compañía de Seguro Médico Principal: | | Subscritor (Si no es el paciente): |
| Fecha de Nacimiento del Subscritor: | | Relación del subscritor al paciente |
| Numero de Grupo: | Numero de Póliza: | Fecha de Vigencia del Seguro Médico: |
| Compañía de Seguro Médico Secundaria: | | Subscritor (Si no es el paciente): |
| Fecha de Nacimiento del Subscritor: | | Relación del subscritor al paciente |
| Numero de Grupo: | Numero de Póliza: | Fecha de Vigencia del Seguro Médico: |
| Seguro Dental: | | Subscritor (Si no es el paciente): |
| Fecha de Nacimiento del Subscritor: | | Relación del subscritor al paciente |
| Numero de Grupo: | Numero de Póliza: | Fecha de Vigencia del Seguro Médico: |
| Farmacias | | |
| Nombre | | Ciudad |
| | | |
| | | |
| ¿Cómo le podemos contactar? | | |
| ¿En cuál teléfono(s) podemos dejar mensajes y avisos de citas médicas?: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Trabajo | | |
| ¿Puede BRMC dejar mensajes en los teléfonos que nos provee? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | |
| <i>Duración y tipo de mensaje:</i> | | |
| Mensajes breves sin información médica, O <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | |
| Mensajes detallados con alguna información médica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | |
| Información Demográfica | | |
| Como un centro médico que recibe fondos federales, la siguiente información nos ayudare a obtener subsidios y otros fondos para mejorar el servicio de nuestro centro médico. Gracias por su ayuda. | | |
| Raza (Marque todo lo que aplique): | | |
| <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Japones | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro Asiático |
| <input type="checkbox"/> Chamarro | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico |
| | | <input type="checkbox"/> Mas de una Raza |
| <input type="checkbox"/> Elijo no revelar | | |
| Etnicidad: <input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> No-Hispano <input type="radio"/> Elijo no revelar | | |
| Si es Hispano: | | |
| <input type="checkbox"/> Argentino | <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Cubano |
| <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Mexicano-Americano | <input type="checkbox"/> Chicano |
| <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Hondureño | <input type="checkbox"/> Salvadoreño |
| <input type="checkbox"/> De otro origen Hispano/Latino/Español | | <input type="checkbox"/> Venezolano |
| | | <input type="checkbox"/> Elijo no revelar |
| Idioma Principal: | | ¿Necesita de un Intérprete? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

| | | | |
|--|--------------|---|------------------------|
| ¿Es veterano de la Fuerzas Armadas de EE. UU.? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo | |
| Hogar: <input type="radio"/> Casa Unifamiliar <input type="radio"/> Casa Multifamiliar <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Otro: | | | |
| ¿Experimenta falta de vivienda? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| ¿Si respondió si a la pregunta anterior, donde se está hospedando? <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Refugio para indigentes <input type="radio"/> Hogar Transicional <input type="radio"/> Espacio Compartido <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otro: | | | |
| Empleo: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> Retirado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otro: | | | |
| Nombre de Empleador: | | Dirección de Empleador: | |
| ¿Es usted un trabajador migrante o temporal? <input type="radio"/> Migrante <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Ninguno | | | |
| Tamaño del Hogar: | | Ingreso económico anual: <input type="radio"/> \$ <input type="radio"/> Elijo no revelar | |
| ¿Tiene una directiva por anticipado de cuidado médico en los archivos de nuestra oficina? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| ¿Desea información acerca de tal Documento? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| ¿Cómo escucho sobre BRMC/BRDC? <input type="checkbox"/> Familia/Amistades <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Periódicos <input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Radio/TV/ Cartelera <input type="checkbox"/> Otros: | | | |
| Favor leer las siguientes notas y poner sus iniciales al lado de cada una. Firme y feche en el lugar indicado | | | Iniciales |
| PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He leído y comprendo el "Aviso acerca de las prácticas de privacidad" de Blue Ridge Medical Center y Blue Ridge Dental Center (BRMC/BRDC). | | | |
| EXPEDIENTES MEDICO/DENTAL: Le doy autorización a BRMC/BRDC para obtener los expedientes médicos de cualquier médico, consultorio o farmacia donde he recibido servicios para mejorar mi cuidado. | | | |
| SEGURO MEDICO/DENTAL: Autorizo a BRMC/BRDC proveer información a mi compañía de seguro médico/dental acerca de mi salud, cuidado de salud o cuidado dental. Asigno a BRMC/BRDC para recibir pagos de reclamaciones de seguro presentado por BRMC/BRDC por servicios médicos/dentales. Comprendo que soy responsable por el pago de todos los costos y que finalmente soy responsable de asegurar que mi seguro médico/dental cubra todas mis citas con especialistas los cuales fui referido par BRMC/BRDC. | | | |
| RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL PACIENTE: Comprendo que soy responsable por pago de los servicios recibidos en BRMC/BRDC, sea tarifa completa, tarifa mínima o escala proporcional. Pacientes con seguro conocen la responsabilidad de los pagos de copago, deducible y coaseguro. Todos los saldos pendientes están sujetos a derecho de recaudación. | | | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO/DENTAL: Autorizo a BRMC/BRDC a proveerme tratamiento médico/dental por la condición por la cual me presento a el consultorio | | | |
| Firma del Paciente/Padres o Tutor: | | Fecha: | |
| Tenga su tarjeta de seguro disponible al momento del registro. El representante de Recepción tomará su fotografía para que podamos identificarlo con precisión en cada visita. La foto es sólo para uso interno. | | | |
| FOR OFFICE USE ONLY | | | |
| Entered: Yes No | Date: | Initials: | Scanned: Yes No |
| | | | Date: |
| | | | Initials: |



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Privilege to Discuss / HIPAA Consent Form

Privilegio para discutir / Formulario de consentimiento HIPAA

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Por favor enliste las personas con quienes podemos hablar sobre su atención médica. No hablaremos de su atención medica con quien no figure en la siguiente lista.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Relación: _____ Teléfono: _____

Autorización para discutir Información Médica/Dental
 Autorización para discutir Información de Facturación
 Autorización para Programar Citas en nombre del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Relación: _____ Teléfono: _____

Autorización para discutir Información Médica/Dental
 Autorización para discutir Información de Facturación
 Autorización para Programar Citas en nombre del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

Relación: _____ Teléfono: _____

Autorización para discutir Información Médica/Dental
 Autorización para discutir Información de Facturación
 Autorización para Programar Citas en nombre del paciente

Al firmar este formulario, entiendo que 1) El proveedor divulgador, junto con sus empleados, agentes y voluntarios, quedan liberados de cualquier responsabilidad legal con respecto a la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento. Además, se entiende que el destinatario podrá volver a divulgar esta información, perdiendo así la protección prevista por la ley, 2) Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, por escrito.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha de Hoy



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

AUTHORIZATION TO RELEASE OR OBTAIN MEDICAL AND BEHAVIORAL PROTECTED HEALTH INFORMATION
 AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD CONDUCTUAL PROTEGIDA

Patient Name: _____
 Nombre del Paciente

DOB: _____ **SSN (Last 4 digits):** _____
 Fecha de Nacimiento SSN (Últimos 4 dígitos):

Patient Address: _____
 Dirección del Paciente

Phone Number: _____ **Cellphone Number:** _____
 Teléfono Principal Numero Celular

Person Giving Consent: _____ **Relationship to Patient:** Self (Paciente) Parent (Padre/Madre)
 Persona que da el consentimiento: Relación con el paciente: Guardian (Tutor Legal)
 Power of Attorney (Poder Legal)

I hereby authorize Blue Ridge Medical Center to use and (please choose one of the following):
 Por la presente autorizo a Blue Ridge Medical Center a utilizar y (elija una de las siguientes opciones)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DISCLOSE TO (to give records to another facility) DIVULGAR A (entregar registros a otra institución) | <input type="checkbox"/> OBTAIN FROM (to have records sent to BRMC) OBTENER DE (para que los registros se envíen a BRMC) |
|---|--|

In what format would you like your records? FAX PICKUP (Recoger en persona) ELECTRONIC (CD)
 ¿En qué formato te gustaría tener tus registros?

Facility: _____
 Institution

Facility Address: _____
 Dirección de la Institución

Telephone Number: _____ **Fax:** _____
 Numero de Teléfono Fax

For the following dates requested (required): _____ **Through:** _____
 Para las siguientes fechas (requerido) Hasta

| Primary Care (Check All that apply) Atención Medica (marque las opciones que correspondan) | | Behavioral Health (Check All that Apply) Salud Mental (Marque las opciones que correspondan) | | Dental (Check All that Apply) (Marque las opciones que correspondan) | |
|---|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> All Records Todos los Récords | <input type="checkbox"/> Office Notes Notas de Oficina | <input type="checkbox"/> Assessments Evaluaciones | <input type="checkbox"/> Office Notes Notas de Oficina | <input type="checkbox"/> Office Notes Notas de Oficina | <input type="checkbox"/> Office Notes Notas de Oficina |
| <input type="checkbox"/> Immunizations Vacunas | <input type="checkbox"/> Imaging Reports Reportes de imágenes | <input type="checkbox"/> Mental health diagnoses Diagnósticos de salud mental | <input type="checkbox"/> Medication List Lista de medicaciones | <input type="checkbox"/> Medication List Lista de medicaciones | <input type="checkbox"/> Medication List Lista de medicaciones |
| <input type="checkbox"/> Lab Results Laboratorios | <input type="checkbox"/> Billing Reports Informes de facturación | <input type="checkbox"/> Office Notes Notas de Oficina | <input type="checkbox"/> Billing Report Informes de facturación | <input type="checkbox"/> Billing Report Informes de facturación | <input type="checkbox"/> Billing Report Informes de facturación |
| <input type="checkbox"/> Medication List Lista de medicaciones | <input type="checkbox"/> Other (Otros): | <input type="checkbox"/> Other (Otros): | <input type="checkbox"/> Other (Otros): | <input type="checkbox"/> Other (Otros): | <input type="checkbox"/> Other (Otros): |

I authorize the exchange of information requested for the following purposes(s):

Autorizo el intercambio de información solicitada para el(los) siguiente(s) propósito(s)

INSURANCE

Seguro Medico

LEGAL ACTION

Acción Legal

TRANSFER OF CARE

Transferencia de atención Medica

CONTINUED TREATMENT

Tratamiento Continuo

PERSONAL USE

Uso Personal

EDUCATION

Educación

OTHER(Otro): _____

Unless the format of records is indicated specifically above, the above information may be shared verbally, or in written or electronic form. I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be released or distributed by the recipient and may no longer be protected by HIPAA. Sensitive records, such as those related to mental health, alcohol abuse or substance abuse treatment, HIV/STDs may be included in the release of records/information. Except to the extent that Blue Ridge Medical Center or other lawful holder of my records has already acted in reliance upon it, this authorization is subject to revocation at any time by sending a written request to Blue Ridge Medical Center, Release of Information, Attn: Privacy Officer, 4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington VA 22922. Otherwise, this authorization will automatically expire upon within one year from the signed date below.

A menos que el formato de los registros se indique específicamente anteriormente, la información anterior puede compartirse verbalmente, por escrito o en forma electrónica. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada o distribuida por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la HIPAA. Los registros confidenciales, como los relacionados con la salud mental, el tratamiento del abuso de alcohol o de sustancias, el VIH/ETS pueden incluirse en la divulgación de registros/información. Excepto en la medida en que Blue Ridge Medical Center u otro titular legal de mis registros ya haya actuado en base a ella, esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito a Blue Ridge Medical Center, Release of Information, Attn: Privacy Officer, 4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington VA 22922. De lo contrario, esta autorización caducará automáticamente dentro de un año a partir de la fecha de la firma a continuación.

As the person signing this authorization, I understand that I am giving my permission to the above-named health care entity for disclosure of confidential health records. A copy of this authorization and a notification concerning the person or agencies to whom disclosure was made shall be included with my original health record. I may refuse to sign this form. I understand that Blue Ridge Medical Center will not condition the provision of treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits on the provision of this authorization.

Como persona que firma esta autorización, entiendo que estoy dando mi permiso a la entidad de atención médica mencionada anteriormente para la divulgación de registros médicos confidenciales. Se incluirá una copia de esta autorización y una notificación sobre la persona o agencias a quienes se les hizo la divulgación junto con mi historial médico original. Puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que Blue Ridge Medical Center no condicionará la provisión de tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios a la provisión de esta autorización.

NOTICE TO RECIPIENT OF RECORDS: The information has been disclosure to you from records protected by Federal Regulations (42 CFR Part 2) which prohibits a recipient from making any further disclosure of this information in this record that identifies a patient as having had a alcohol or substance use disorder either directly, by reference to publicly available information, or though verification of such identification by another person unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose (see 2.31). The federal rules restrict any use of the information to investigate or prosecute regarding a crime any patient with a substance use disorder, except as provided at #2.21© (5) and 2.65.

AVISO AL DESTINATARIO DE LOS REGISTROS: La información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2) que prohíben que un destinatario haga cualquier divulgación adicional de esta información en este registro que identifique a un paciente como alguien que ha tenido un trastorno por consumo de alcohol o sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente o mediante la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permita de otra manera 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (consulte 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar por un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto lo dispuesto en los puntos 2.21(5) y 2.65.

Patient's or Authorized Representative's Printed name

Nombre impreso del paciente o representante autorizado

Date

Fecha

Patient's or Authorized Representative's Signature

Firma del paciente o representante autorizado

Date

Fecha

Individual who assisted in completing the form

Individuo que asistió en completar el formulario

Date

Fecha



CUESTIONARIO DE HISTORIA CLINICA

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formaran parte de sus records médicos.

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | Fecha de Nacimiento: |
| Estado civil: | <input type="checkbox"/> Soltero(a) | <input type="checkbox"/> Con Pareja | <input type="checkbox"/> Casado(a) |
| | <input type="checkbox"/> Separado(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> Viudo(a) |
| Medico anterior o de referencia: | Fecha del último examen: | | |
| Nombre y Ubicación de su Especialista (cardiólogo, dermatólogo, etc.): | | | |
| Consumo de tabaco: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Consumo de alcohol: |
| | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No |

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| Enfermedad Infantil: | | |
| <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Polio | | |
| Inmunizaciones y Fechas: | <input type="checkbox"/> Tétanos/Tdap | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| | <input type="checkbox"/> COVID | <input type="checkbox"/> Refuerzo COVID |
| | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Varicela |
| | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> MMR <i>Sarampión, Paperas, Rubeola</i> |

¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

| Condición | Si | | No | | Condición | Si | | No | | Condición | Si | | No | |
|--|----|--|----|--|---|----|--|----|--|------------------------------------|---------------------------------|--|----|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Cardiopatía Congénita | | | | | Ataque Isquémico Transitorio (Mini-derrame) | | | | | Enfermedades de Transmisión Sexual | | | | |
| | | | | | | | | | | | Cáncer de piel | | | |
| Ataque al Corazón/ Infarto del Miocardio | | | | | Trastornos de la coagulación/ Problemas de sangrado | | | | | Mujeres: Papanicolaou Anormal | | | | |
| | | | | | | | | | | | Cáncer de mama | | | |
| Hipertensión/Presión Alta | | | | | Abuso de Alcohol | | | | | Incontinencia urinaria | | | | |
| | | | | | | | | | | | Cáncer de próstata | | | |
| Diabetes Mellitus (Tipo 2) | | | | | Enfermedad de la tiroides | | | | | Defectos de nacimiento | | | | |
| | | | | | | | | | | | Cáncer (otros) | | | |
| Glaucoma | | | | | Fiebre del Heno (Rinitis alérgica) | | | | | Problemas de audición | | | | |
| | | | | | | | | | | | Cáncer de ovarios | | | |
| Enfermedad renal/ Nefropatía | | | | | Lupus | | | | | Osteoporosis | | | | |
| | | | | | | | | | | | Migrañas/ dolores de cabeza | | | |
| Diabetes Tipo 1 | | | | | Eczema | | | | | Asma | | | | |
| | | | | | | | | | | | Discapacidad mental | | | |
| Colesterol Alto | | | | | Epilepsia / Convulsiones | | | | | Artritis Reumática | | | | |
| | | | | | | | | | | | Artritis | | | |
| Depresión/ Ansiedad | | | | | Alergias Ambientales | | | | | Hiperplasia Prostática Benigna | | | | |
| | | | | | | | | | | | Anemia o Trastorno de la sangre | | | |

Haga una lista de sus medicamentos recetados o de venta libre como vitaminas e inhaladores

| Nombre del medicamento | Potencia (miligramos) | Frecuencia con que lo toma |
|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Alergias a los medicamentos

| Nombre del medicamento | Reacción presentada |
|------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |

ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR

| | EDAD | PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS | | EDAD | PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS |
|----------------------|--|-----------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| Padre | | | Hijos | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Madre | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Hermanos (as) | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Abuela Materna | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Abuelo Materno | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Abuela Paterna | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Abuelo Paterno | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | |

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del Paciente



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Acuerdo sobre Ausencias del Paciente

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Gracias por elegir Blue Ridge Medical Center para sus necesidades de cuidado médico. En nuestro Centro, puede esperar profesionales atentos que le brinden atención de la más alta calidad.

Los pacientes de nuestro Centro tienen derechos y responsabilidades. Estas listas son parte del paquete de registro y están publicadas en varios lugares del edificio.

Una responsabilidad muy importante del paciente es asistir a su cita y llegar a tiempo. Esto nos ayuda a brindarle un mejor cuidado médico y también mantiene el acceso disponible para otras personas de la comunidad que necesitan ser atendidas.

Por favor tómese un tiempo para leer las siguientes declaraciones e indique que las comprende escribiendo sus iniciales. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte en la recepción. Estaremos encantados de explicar más.

¡Gracias nuevamente!

1. Entiendo que, cancelar una visita con menos de 24 horas de anticipación se considera una ausencia.

Iniciales _____

2. Entiendo que, si tengo tres ausencias en un plazo de 24 meses, seré suspendido del centro médico hasta que me reúna con el trabajador de salud comunitario o su designado y elabore un plan de acción por escrito. El incumplimiento del plan de acción podría resultar en su despido del centro médico.

Iniciales _____

3. Entiendo que, si llego a una cita con más de 10 minutos de retraso, no podré ser visto y esto se considerará como una ausencia.

Iniciales _____

Firma (del paciente/apoderado)

Fecha de Hoy



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Formulario de acceso al sitio web BRMC

Si desea ver su información médica personal en línea, complete este formulario y entrégueselo al personal de recepción. Le enviaremos un correo electrónico generado por computadora con su nombre de usuario y contraseña personales.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
(Mes/Día/Año)

Sí, me gustaría ser agregado como usuario del sitio web de salud del paciente.

Utilice esta dirección de correo electrónico* _____
para enviarme mi **nombre de usuario** y **contraseña** para el sitio web de información de salud personal de BRMC.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Complete la siguiente información para vincular la información de sus hijos menores (agregue los nombres y las fechas de nacimiento de sus hijos menores para permitir el acceso a las cuentas de los niños). Si su cónyuge o pareja también desea tener acceso, pídale que complete el formulario adicional que se encuentra al dorso de esta página. (Nota: Cuando su hijo cumpla 18 años, solo él/ella tendrá acceso a su información médica personal).

| | | | |
|----------|-------|---------------------|-------|
| Hijo/a 1 | _____ | Fecha de Nacimiento | _____ |
| Hijo/a 2 | _____ | Fecha de Nacimiento | _____ |
| Hijo/a 3 | _____ | Fecha de Nacimiento | _____ |
| Hijo/a 4 | _____ | Fecha de Nacimiento | _____ |
| Hijo/a 5 | _____ | Fecha de Nacimiento | _____ |

* Se requiere correo electrónico para la interacción en línea.



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922
 Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160 ● Email: slide@brmedical.com

Solicitud Para Asistencia Financiera

¡LAS SOLICITUDES NO SERÁN PROCESADAS EL DÍA DEL SERVICIO!
¡Las solicitudes sin comprobantes de todos los ingresos NO SERÁN PROCESADAS!
 (Véase atrás para instrucciones)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Email: _____
 Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

"Familia/Hogar" incluye usted, Esposo(a)/compañera/Prometido, y dependientes (como lo define IRS) ** Si alguien lo reclama como dependiente, entonces anote los otros miembros del hogar.

| Lista de miembros de la Familia/Hogar <small>(Si necesita mas espacio, puede usar otra página)</small> | Fecha de Nacimiento | Relación con el Aplicante | Ingreso Bruto Mensual <small>COMPROBANTE REQUERIDO</small> | Nombre del Empleador (si trabaja) o fuente de ingresos | ¿Estudiante de Tiempo Completo? | Raza |
|---|---------------------|---------------------------|---|--|---------------------------------|------|
| Si mismo | | Si mismo | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¿Cuántos hay en su familia/hogar? _____ **Si esta empleado, ¿en que fecha termino su trabajo?** _____

Solicitante: ¿Cada cuánto le Pagan? _____ Fecha de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Otro Solicitante: ¿Cada cuánto le Pagan? _____ Fecha de Empleo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Si NO tiene ingresos o tiene ingresos BAJOS, ¿Cómo se mantiene? (Provea Comprobante) _____

¿Alguien en su familia recibe? (circule) PROVEA COMPROBANTE / DOCUMENTACION DE TODO

| | | | |
|---|--------------|---|--------------|
| Estampillas/Cupones de Alimentos: Si / No | Cantidad: \$ | Subsidio de Desempleo: Si / No | Cantidad: \$ |
| Sustento Infantil: Si / No | Cantidad: \$ | Discapacidad: Aprobada o Pendiente: Si / No | Cantidad: \$ |
| Pensión Matrimonial: Si / No | Cantidad: \$ | Recibe dinero de Renta: Si / No | Cantidad: \$ |

¿Alguien en su hogar tiene seguro médico? Nombre(s): _____ ¿Seguro? _____
(Incluyendo Medicare o Medicaid)
 Si / No Nombre(s): _____ ¿Seguro? _____

DECLARACIÓN: La información provista arriba, a mi entendimiento es, completa, correcta y verdadera. Comprendo que, si doy información falsa, no entrego información, o si niego reportar cambios de ingreso, voy a ser descalificado del programa; y acusado de perjurio, robo, y/o fraude. Yo autorizo liberar toda información a la que Blue Ridge Medical Center pueda necesitar para determinar si califico al Programa de Asistencia Financiera.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____
Otro adulto y/o firma del compañero: _____ Fecha: _____
(vea atrás, parte #3)

Office Use Only (below this line)

BRMC: Income: _____ SS Status: _____ Eff. Dates: _____ Date/Int: _____

¡Las solicitudes sin comprobantes ingresos o algún otro sustento NO SERÁN PROCESADAS!

Los costos de la Farmacia de Blue Ridge Medical Center y los costos de algunos procedimientos y servicios Dentales son exentos de la Escala de Descuento. Sin embargo, algunos descuentos podrían aplicar para paciente elegibles. La elegibilidad se basará en la información proporcionada en esta solicitud.

1. **Llene todos los espacios en blanco e incluya comprobantes de todos los ingresos.** Si no hay ingresos, vea **“DESEMPLEADO-SIN INGRESOS O INGRESO BAJO”**, abajo. Solicitudes incompletas o con falta de comprobante de ingresos, serán devueltas demorando significativamente el proceso. **Usted será responsable de pagar el costo completo por consulta hasta que su aplicación sea procesada.**
2. **Otros Adultos en el Hogar:** Si usted es cónyuge/pareja/novio(a)/prometido(a) en el hogar, **comprobantes** de sus ingresos son REQUERIDOS. Si usted es un adulto **“dependiente”** - vea el #3.
3. **“Otro Adulto y/o Pareja”:** Por favor, firme esta solicitud si usted vive en el hogar y desea ser considerado para este programa **Y** usted es uno de los siguientes:
 - Un hijo adulto del solicitante. **(Hijos adultos dependientes deben proveer COMPROBANTE de dependencia – IRS 1040) OR**
 - Pareja de hecho (prometido(a), novio(a)) del solicitante.

Los siguientes tipos de documentos son requeridos como validos para documentar sus ingresos:

- **EMPLEADO:**
 - Sí estuvo empleado durante todo el año anterior, entonces los impuestos del IRS 1040 del año anterior, o
 - Un mes de talones/colillas de cheque actuales, mostrando su ingreso bruto, o
 - Una carta de su empleador/patrón, mostrando su salario bruto de un mes actual.
- **TRABAJO POR CUENTA PROPIA:** Impuestos federales, (IRS 1040) del año anterior, junto con Schedule C.
- **DESEMPLEADO – SIN INGRESO O INGRESO BAJO:** Una declaración de un familiar o amigo declarando su sustento financiero y su falta de ingreso o empleo.
- **SUBSIDIO DE DESEMPLEO O COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR:** Documentación, verificando cantidad de beneficios semanales o carta de negación.
- **BENEFICIOS DEL GOBIERNO:** Seguro social, Seguridad De Ingreso Suplementario (SSI), Beneficio de Excombatiente (VA), discapacidad, u otros beneficios del Gobierno.
 - Carta de Seguro Social, confirmando o negando y enumerando cantidad bruta mensual.
 - IRS 1099, mostrando la cantidad anual (si se recibe durante un año en total).
- **SERVICIOS SOCIALES:**
 - SNAP “Noticia de acción” Para estampillas/cupones de alimentos, ayuda para niños dependientes, Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF), vivienda, etc.
- **OTROS RECURSOS:** Provea comprobante legal o carta de adjudicación oficial.
- **SIN HOGAR:** Carta de albergue, si el cliente está sin lugar.
- **BIENES LÍQUIDOS:** Proveer factura(s) del Banco o cooperativa de crédito.
 - Inversiones, certificado de depósito (CD), interés, dividendos.
- **OTRO:** Copia de los papeles de custodia para los dependientes anotados.

Comentarios: Puede usar esta área para explicar circunstancias que piensa en los pueda ayudar.



Telemedicina: ¿Qué esperar?

Fecha de Hoy: _____

Su proveedor en Blue Ridge Medical Center está ofreciendo servicios de Telemedicina en momentos de emergencia nacional de salud pública relacionada con COVID 19.

¿Qué es la Telemedicina?

La Telemedicina es el intercambio de información médica de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas. El servicio de Telemedicina que se le ofrece le permitirá tener una cita médica con su equipo de atención médica a través de equipos de video o equipos de audio seguros e interactivos, específicamente el teléfono. Usted podrá hablar en tiempo real con el proveedor durante su cita de telemedicina.

¿La Telemedicina es segura?

Sí, todas las sesiones de telemedicina son seguras, encriptadas y siguen las mismas directrices de privacidad (es decir HIPAA) que las citas médicas tradicionales en persona. Sus citas de telemedicina siempre se mantendrán confidenciales. Además, las citas de telemedicina NUNCA son grabadas ni en audio o video.

¿Puedo Elegir No Participar?

Por supuesto, con esto se le ha ofrecido un formato alternativo de atención durante este tiempo de emergencia nacional de salud pública. Es su elección recibir servicios a través de videoconferencia o audioconferencia.

Cosas que debe recordar acerca de su cita de Telemedicina:

1. Usted programará sus citas de Telemedicina de la misma manera que programa una cita con su médico ahora, llamando al 434-263-4000
2. Al igual que con sus citas médicas tradicionales en persona, es su responsabilidad llamar a Blue Ridge Medical Center al 434-263-4000 para cancelar una cita si no puede asistir a su cita de Telemedicina.
3. Las cancelaciones deben realizarse al menos 24 horas antes de la hora de la cita.
4. El día de su cita usted deberá estar disponible ya sea por teléfono, en el número designado proporcionado durante la programación de su visita, o por video en su aplicación Healow.
5. A la hora de la consulta, una enfermera o asistente médico se conectará con usted para revisar su historial de salud y medicamentos.
6. Si tiene alguna pregunta antes o después de la sesión, puede preguntar al personal de la oficina en Blue Ridge Medical Center.
7. Si el proveedor le receta medicamentos, podrá recogerlo directamente en la farmacia de su elección, ya que el proveedor enviará la receta por teléfono o vía electrónica.

Si tiene alguna pregunta o inquietud después de leer este formulario, pónganse en contacto con: Blue Ridge Medical Center al 434-263-4000.

Paciente/Tutor: _____

Fecha de Nacimiento: _____

(Mes/Día/Año)



Formulario de Consentimiento de Telemedicina

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Día/Año)

1. _____ Yo autorizo a **Blue Ridge Medical Center** a permitir a mí/el paciente, a participar en una alternativa a la prestación de atención médica cara a cara en momentos de emergencia nacional de salud pública relacionada con COVID 19. Acepto participar a través del servicio telefónico (audio conferencia) o telemedicina (video conferencia) proporcionado a través de **eClinicalWorks, Healow App, doxy.me** y/o **Doximity**.
2. _____ Yo entiendo que este servicio no es lo mismo que una visita directa de paciente/proveedor de atención médica, porque Yo/el paciente, no estaré en la misma sala que el proveedor de atención médica que realiza el servicio. Yo/el paciente entiendo que partes de la atención y el tratamiento que requieren pruebas físicas o exámenes pueden posponerse para más adelante o recomendar un seguimiento adicional guiado por el proveedor de servicios médicos
3. _____ Mi/el proveedor del paciente me ha explicado plenamente la naturaleza y el propósito de la tecnología de audioconferencia o videoconferencia y también me ha informado de los riesgos, beneficios y complicaciones esperados (por causas conocidas y desconocidas), molestias y riesgos que pueden surgir durante la sesión de telemedicina, así como posibles alternativas a las sesiones propuestas, incluyendo visitas con un médico en persona. También se han discutido los riesgos de no usar sesiones de telemedicina. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas completa y satisfactoriamente
4. _____ Yo entiendo que existen riesgos potenciales para el uso de esta tecnología, incluyendo, pero no limitado, a interrupciones, acceso no autorizado de terceros y dificultades técnicas. Soy consciente que ya sea Yo/el paciente o el proveedor de atención médica podemos interrumpir el servicio de telemedicina si creemos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación
5. _____ Yo entiendo que la sesión de telemedicina no será grabada en audio o video en ningún momento
6. _____ Yo acepto permitir que mi/la información médica del paciente, sea compartida con otras personas con el fin de programar y facturar. Acepto permitir que personas distintas de mi proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica remota estén presentes durante mi servicio de telemedicina para operar el equipo de video, si es necesario. Además, entiendo se me informará de su presencia durante los servicios de telemedicina. Reconozco que, si las preocupaciones de seguridad exigen la presencia de más personas, entonces mi permiso puede no ser necesario
7. _____ Yo reconozco que tengo el derecho de solicitar lo siguiente:
 - a. Pedir al personal no médico que abandone la sala de telemedicina en cualquier momento si no es exigido por motivos de seguridad, o
 - b. La terminación del servicio en cualquier momento.

8. _____ Cuando el servicio de telemedicina se está utilizando durante una emergencia, entiendo que es responsabilidad del proveedor de telemedicina asesorar a mi proveedor de atención médica local, con respecto a la atención y tratamiento necesarios.
9. _____ Es la responsabilidad del proveedor de telemedicina concluir el servicio tras la terminación de la conexión de audioconferencia o videoconferencia.
10. _____ Yo/el paciente entiendo que mi seguro/el del paciente, será facturado por **Blue Ridge Medical Center** por la audioconferencia o videoconferencia como servicios de telemedicina. Yo/el paciente entiendo que, si mi seguro no cubre los servicios de telemedicina, se facturará directamente a mí/el paciente.
11. _____ Mi/el consentimiento del paciente para participar en este servicio de telemedicina, permanecerá vigente durante la duración del servicio específico identificado anteriormente, o hasta que revoque mi consentimiento por escrito.
12. _____ Yo/el paciente estoy de acuerdo en que no se me han asegurado o garantizado los resultados de este servicio
13. _____ Yo confirmo que he leído y que entiendo plenamente tanto lo anterior como el formulario *Telemedicina: ¿Qué Esperar?* que me fue proporcionado. Todos los espacios en blanco se han completado antes de mi firma. He tachado cualquier párrafo o palabra anterior que no me concierne.

Firma del Paciente/Pariente/Tutor*

Nombre en letra de imprenta

Relación con el Paciente (si fuera necesario)

Fecha

Testigo

Fecha

Intérprete (si fuera necesario)

Fecha

- * La firma del paciente debe obtenerse a menos que el paciente sea un menor incapaz de dar su consentimiento o de lo contrario carece de capacidad.



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Responsabilidades del Paciente

Como paciente de Blue Ridge Medical Center, le solicitamos respetuosamente que:

Iniciales

- _____ **Respeto y Dignidad:** Los pacientes deben tratar a todos los empleados de Blue Ridge Medical Center (BRMC), sus afiliados y a otros pacientes con respeto y dignidad en todo momento. BRMC no tolerará ningún tipo de agresión o acoso verbal hacia ninguna persona por ningún motivo. El comportamiento inaceptable puede resultar en la expulsión de las instalaciones, la terminación de los servicios en nuestra práctica y/o acciones legales, incluyendo arresto.
- _____ **Citas:** Los pacientes tienen la responsabilidad de asistir a sus citas programadas y llegar puntualmente según las indicaciones. Deben traer lo siguiente: formas apropiadas de identificación, documentación de responsabilidad legal o tutela del paciente (si aplica), tarjetas de seguro vigentes, medicamentos, y estar preparados para pagar el copago requerido para la visita (considere también realizar pagos de cualquier saldo pendiente). Si por alguna razón no puede asistir a su cita, debe notificar con al menos 24 horas de anticipación. Los pacientes deben revisar, firmar y cumplir con la política de Acuerdo sobre Ausencias del Paciente (No-Show).
- _____ **Coordinación de Seguro:** Los pacientes son responsables de responder a las solicitudes del seguro (incluyendo información actualizada del seguro), especialmente en relación con la coordinación de beneficios; de lo contrario, se les podrá facturar directamente.
- _____ **Responsabilidad Financiera:** Los pacientes deben aceptar la responsabilidad financiera de cualquier saldo pendiente con BRMC. Pueden comunicarse con el Departamento de Finanzas de BRMC para discutir opciones de pago.
- _____ **Información Médica:** Los pacientes deben proporcionar información precisa y completa sobre su salud, incluyendo enfermedades previas, medicamentos y hospitalizaciones.
- _____ **Cumplimiento del Tratamiento:** Los pacientes son responsables de participar en la planificación y seguir el plan de tratamiento establecido por el proveedor. También son responsables de sus acciones si rechazan el tratamiento o no siguen el plan establecido.
- _____ **Políticas de las Instalaciones:** Los pacientes deben cumplir con todas las políticas de BRMC, incluyendo, entre otras, la prohibición del uso de productos de tabaco y vapeo en la propiedad de BRMC, la prohibición de armas, y el ingreso únicamente de animales de servicio aprobados conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Yo, (nombre escrito) _____, acepto cumplir con las Responsabilidades del Paciente descritas anteriormente. Entiendo que el incumplimiento puede resultar en mi expulsión de BRMC, la terminación de servicios por parte de BRMC, o acciones legales según corresponda.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha



4038 Thomas Nelson Hwy, Arrington, VA 22922 ● Ph: 434.263.4000 ● Fax: 434.263.4160

Derechos del Paciente

Como paciente de Blue Ridge Medical Center, usted tiene derecho a:

- **Atención Profesional, Respeto, Dignidad y Privacidad:** Nuestros pacientes recibirán atención profesional y serán tratados con dignidad y respeto, incluyendo la privacidad durante tratamientos y exámenes.
- **Seguridad y Libertad de Abuso:** Nuestros pacientes recibirán atención en un entorno seguro, libre de abuso físico o mental, negligencia o acoso, y sin discriminación por raza, género, edad, religión u orientación sexual.
- **Consentimiento Informado y Participación:** Nuestros pacientes serán completamente informados sobre su diagnóstico, pronóstico, planes de tratamiento y opciones, incluyendo riesgos, beneficios y alternativas, y tienen el derecho de participar en su desarrollo. También serán informados sobre su responsabilidad financiera y tienen el derecho de rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley.
- **Sin Sorpresas, Incluyendo:**
 - Protección contra facturación inesperada y facturación de saldo
 - Derecho a recibir una estimación de buena fe
- **Comunicación:** Nuestros pacientes tienen el derecho de designar a una o más personas en sus contactos de emergencia y/o lista de personas autorizadas para discutir su información, quienes podrán ser notificadas sobre su estado general, ubicación y traslado a otra instalación. Además, los pacientes pueden solicitar que la información relacionada con su atención médica les sea enviada por correo postal en sobre sellado.
- **Libertad de Restricciones:** Las restricciones físicas o químicas están prohibidas, excepto cuando sean necesarias por razones de seguridad, y no deben utilizarse por conveniencia.
- **Acceso a Registros Médicos:** Nuestros pacientes tienen el derecho de revisar sus registros médicos y obtener información sobre la divulgación de estos.
- **Confidencialidad:** Los registros médicos y financieros serán tratados con estricta confidencialidad.
- **Inquietudes y Quejas:** Nuestros pacientes tienen el derecho de ser informados sobre sus derechos y de presentar quejas respecto a su atención sin temor a represalias.
- **Directivas Anticipadas (Advance Directives):** Nuestros pacientes tienen el derecho de crear y hacer cumplir sus directivas anticipadas, asegurando que sus deseos respecto a su atención médica sean respetados.
- **Segunda Opinión:** Nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar una consulta o segunda opinión con otro proveedor, a cargo del propio paciente.



4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA 22922 (434) 263-4000 (ph) (434) 263-4160 (fax)

Fecha en que toma efecto: 1 de Septiembre, 2013.

Aviso sobre las Practicas de Privacidad

Como es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado del Acta de la Ley Portabilidad y Responsabilidad de Los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés)

Este aviso describe de que manera la información sobre su salud siendo usted un paciente de Blue Ridge Medical Center puede ser utilizada y divulgada, y como usted puede obtener acceso a su información de salud individual identificable.

Por favor lea atentamente este aviso.

A. Nuestro compromiso a su privacidad:

Nuestra practica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud individual identificable (también llamada información de salud protegida, PHI por sus siglas en inglés). Al manejar nuestra práctica, crearemos archivos sobre usted y sobre los tratamientos y servicios que reciba. Estamos obligados por la ley el mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica a su persona. También estamos obligados por la ley a proveerle este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica respecto a su PHI. Bajo las leyes federales y estatales, tenemos que atenernos a las condiciones del Aviso de las Prácticas de Privacidad que están en vigencia en ese momento.

Reconocemos que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su PHI
- Sus derechos de privacidad en su PHI
- Nuestras obligaciones respecto al uso y a la divulgación de su PHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los archivos que contienen su PHI que son creados o conservados por nuestra oficina. Reservamos el derecho de modificar o enmendar este Aviso Acerca de las Prácticas de Privacidad. Cualquier modificación o enmienda a este aviso entrará en vigor para todos los archivos que nuestra oficina haya creado o conservado en el pasado, y para cualquiera de sus archivo que podamos crear o conservar en el futuro. Nuestra oficina pondrá una copia del Aviso en vigencia en una ubicación siempre visible en nuestras oficinas, y usted puede pedir una copia del Aviso más actual en cualquier momento.

B. Si tiene preguntas sobre este aviso, por favor comuníquese con: Administrador, Blue Ridge Medical Center, 4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA 22922 Teléfono: 434-263-4000.

C. Podemos utilizar y divulgar su información de salud de las siguientes formas:

1. Tratamiento. Nuestra oficina puede utilizar su información (PHI) para darle tratamiento. Por ejemplo, puede que le pidamos que se haga exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre u orina), y puede que utilicemos aquellos resultados para ayudarnos a diagnosticarlo. Puede que utilicemos su información (PHI) para escribirle una receta médica, o quizás podríamos divulgar su información (PHI) a la farmacia cuando le ordenamos una receta médica. Muchas de las personas que trabajan para nuestra oficina – incluyendo a los doctores y las enfermeras- podrían utilizar o divulgar su información (PHI) para otorgarle tratamiento o para ayudarle a otros en su tratamiento. También, puede que divulguemos su información (PHI) a aquellos que ayuden en su cuidado, como su cónyuge, hijos, o padres. Finalmente, puede que también divulguemos su información (PHI) a otros profesionales de la salud para propósitos relacionados con su tratamiento.

2. Pago. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) para facturar y cobrar por los servicios y artículos que usted reciba de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguranza de salud para certificar que tiene derecho a beneficios (y para qué tipo de beneficios), y podemos proveerle detalles a su aseguranza respecto a su tratamiento para determinar si su aseguranza lo cubrirá, o pagará por su tratamiento. También puede que utilicemos o divulguemos su información (PHI) para obtener pago de terceros, quienes podrían ser responsables por los gastos, tales como miembros de su familia. También podemos utilizar su información (PHI) para cobrarle directamente por servicios y artículos. Puede que también divulguemos su información (PHI) a otros proveedores y entidades del cuidado de la salud para asistirlos en sus esfuerzos en lo referente a facturación y colección de pagos.

3. Operaciones del Cuidado de la Salud. Nuestra oficina puede utilizar su información (PHI) para llevar a cabo la operación de nuestro negocio. Ejemplos de cómo podríamos utilizar y divulgar su información para efectuar nuestras operaciones serían si nuestra oficina usa su información (PHI) para evaluar la calidad del cuidado de salud que usted recibió por parte de nosotros, o para efectuar actividades para administrar costos o planes de negocios para nuestra oficina. Puede que también divulguemos su información (PHI) a otros profesionales, proveedores y entidades del cuidado de la salud para asistirlos en sus operaciones del cuidado de la salud.

4. Recordatorios de citas. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) para comunicarse con usted y recordarle que tiene una cita. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) para informarle sobre opciones potenciales de tratamientos u otras alternativas. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) para informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle a usted.

5. Revelar su Información a su Familia / Amistades. Nuestra oficina puede revelar su información (PHI) a una amistad o a un familiar que esté involucrado en su cuidado, o quien ayuda a cuidarlo. Por ejemplo un padre o guardián puede pedirle a la niñera que lleve al niño a la oficina de un pediatra para el tratamiento de un resfrío. En este ejemplo, la niñera puede que tenga acceso a la información médica del niño.

6. Divulgación Requerida por la Ley: Esta oficina utilizará y divulgará su información (PHI) cuando las leyes federales, estatales o locales nos obliguen a hacerlo.

D. Utilización y divulgación de su información (PHI) en ciertas circunstancias especiales: Las siguientes categorías describen situaciones extraordinarias en las cuales podemos utilizar o revelar su información de salud identificable:

1. Riesgos de Salud Pública. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) a las autoridades de la salud pública que están autorizadas por ley para juntar información para el propósito de:

- Mantener registros vitales, tales como nacimientos y fallecimientos
- Reportar abuso o abandono de niños
- Prevenir o controlar una enfermedad, lesión, o incapacidad
- Notificar a una persona respecto a la exposición potencial de una enfermedad contagiosa
- Notificar a una persona respecto a un riesgo potencial de comunicar o contraer una enfermedad o condición
- Reportar reacciones a ciertas drogas o problemas con productos o aparatos
- Notificarle a individuos si un producto o aparato que están usando ha sido revocado del mercado
- Notificar a la(s) agencia(s) gubernamental(es) apropiada(s) respecto al abuso o abandono potencial de un paciente adulto (incluyendo la violencia doméstica); sin embargo, solamente revelaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por la ley a divulgar esta información
- Notificar a su patrón, bajo circunstancias limitadas, relacionadas principalmente a una lesión que ocurrió en el trabajo o enfermedad o inspección médica.

2. Actividades de Vigilancia de Salud. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, acciones de licenciamiento y disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales u otras actividades necesarias para que el gobierno vigile programas gubernamentales, acatamiento a las leyes de los derechos civiles y del sistema del cuidado de la salud en general.

3. Litigios legales y Trámites similares. Puede que nuestra oficina utilice y divulgue su información (PHI) como respuesta a una orden de la corte o administrativa, si usted está involucrado en una demanda legal o un proceso similar. También podríamos divulgar su información (PHI) al responder a una revelación de pruebas, citación judicial, u otro proceso legal efectuado por terceros involucrados en la disputa, pero solamente si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden para proteger la información que terceros han solicitado.

4. Cumplimiento de la Ley. Podemos revelar su información (PHI) si nos lo es solicitado por un oficial del cumplimiento de la ley:

- Respecto a una víctima de un crimen en ciertas situaciones si no podemos obtener el consenso de la persona
- Respecto a un fallecimiento que creamos haya sido el resultado de alguna conducta criminal
- Respecto a conducta criminal en nuestras oficinas
- En respuesta a una justificación, mandato, orden o citación judicial o algún trámite legal similar
- Para identificar/ubicar a un sospechoso, testigo importante, fugitivo o persona desaparecida
- En una emergencia, para reportar un crimen (incluyendo la ubicación de la(s) víctima(s) del crimen, o la descripción, identidad, o ubicación del perpetrador)

5. Pacientes Fallecidos. Nuestra oficina puede revelar el IHI a un examinador médico o pesquisador para identificar al individuo fallecido o para identificar la cause de muerte. Si es necesario, también podríamos revelar información para que un director de una funeraria pueda desempeñar su trabajo.

6. Donación de Órganos y Tejidos. Nuestra oficina puede revelar su información (PHI) a organizaciones que manejan la adquisición o el transplante de órganos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de donaciones de órganos, como sea necesario, para facilitar la donación y el transplante de órganos o tejidos si usted es un donante de órganos.

7. Investigaciones. Puede que nuestra oficina utilice y divulgue su información (PHI) para propósitos de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para utilizar su información (PHI) para propósitos de investigación **excepto cuando** un IRB o Junta de Privacidad ha determinado que la dispensa de su autorización satisface todas las siguientes condiciones:

- (A) El uso o divulgación involucra no más que un mínimo riesgo a la privacidad de un individuo, basado en lo siguiente: (i) un plan adecuado para proteger a los identificadores del uso o divulgación inapropiados; (ii) un plan adecuado para destruir a los identificadores a la más temprana oportunidad consistente con la investigación (a menos de que haya una justificación de salud o de investigación para retener los identificadores o si dicha retención es de otro modo requerida por la ley); y (iii) garantías adecuadas y por escrito que el PHI no volverá a ser utilizado o divulgado a ninguna otra persona o entidad (excepto cuando la ley lo requiere) para la inclusión autorizada en estudios de investigación, o en otras investigaciones para las cuales el uso o divulgación serían permitidas de otro modo.
- (B) el estudio no podría ser conducido prácticamente sin la dispensa,
- (C) el estudio no podría ser conducido prácticamente sin acceso al o uso del PHI.

8. Amenazas Serias a la Salud o Seguridad. Nuestra oficina puede utilizar y divulgar su información (PHI) cuando sea necesario para disminuir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otro individuo o del público. Bajo estas circunstancias, solamente le haríamos la divulgación a la persona u organización capaz de ayudarnos a prevenir la amenaza.

9. Militares. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas de EE.UU. o de otro país (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.

10. Seguridad Nacional. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) a oficiales federales para actividades de seguridad nacional e información secreta autorizadas por la ley. También podemos divulgar su información (PHI) a oficiales federales para proteger al Presidente, a otros oficiales o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones.

11. Presos. Nuestra oficina puede divulgar su información (PHI) a instituciones correccionales o a oficiales del cumplimiento de la ley si usted es un preso o si está bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación para estos propósitos sería necesaria: (a) para que la institución le provea servicios para el cuidado de su salud, (b) para la seguridad y protección de la institución, y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros individuos.

12. Compensación al Trabajador. Nuestra oficina puede revelar su información (PHI) al programa de compensación al trabajador o a programas similares.

E. Sus derechos respecto a su información (PHI)

Usted tiene los siguientes derechos respecto al PHI que llevamos sobre usted:

1. Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho a pedir que nuestra oficina se comunique con usted respecto a los asuntos sobre su salud y aquellos relacionados con ella, de una cierta manera o en una cierta ubicación. Por ejemplo, nos puede pedir que nos comuniquemos con usted en su casa en vez de en su trabajo. Para solicitar alguna comunicación confidencial, debe hacer una solicitud por escrito a **Administrador (434) 263-4000** especificando el método de contacto que quiere, o la ubicación dónde desea ser contactado. Nuestra oficina se acomodará a todas las solicitudes **razonables**. No necesita darnos una razón por su solicitud.

2. Solicitud de Restricciones: Usted tiene derecho a pedir que pongamos una limitación en el uso divulgación de su información (PHI) para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Además, tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su información (PHI) a solamente ciertos individuos involucrados con su cuidado o con el pago de su cuidado, tales como familiares o amistades. **No estamos obligados a asentir con su solicitud;** sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos sujetos a nuestro convenio excepto cuando lo contrario sea requerido por ley, en emergencias, o cuando la información sea

necesaria para proporcionarle tratamiento. Para pedir limitaciones en el uso o divulgación de su información (PHI), deberá hacerlo por escrito dirigiéndose a: **Administrador, Blue Ridge Medical Center, 4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA 22922.**

Su solicitud debe describir en forma clara y concisa: 1) La información que desea restringir, 2) Si la restricción es para limitar el uso en nuestra oficina, en la divulgación, o en ambos casos, 3) A quién quiere que sean aplicable los límites o las restricciones

3. Inspección y Copias. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información (PHI) que se utiliza para tomar decisiones sobre su persona, incluyendo los archivos médicos y las facturas en su ficha médica, pero no incluyendo apuntes de psicoterapia. Deberá someter su solicitud por escrito al Supervisor de los Archivos Médicos (Medical Records Supervisor) al 434-263-4000 para poder inspeccionar y/u obtener una copia de su información (PHI). Puede que nuestra oficina le cobre un cargo para cubrir los gastos de copiar, enviar, de la labor y de las provisiones asociadas con su solicitud. Nuestra oficina puede rechazar su solicitud para inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede pedir que revisemos el rechazo. Las revisiones serán realizadas por otro profesional licenciado del cuidado de la salud, seleccionado por nosotros.

4. Enmiendas. Puede pedirnos que corrijamos su información de salud si cree que está incorrecta o incompleta, y puede pedirnos una enmienda o corrección mientras la información esté siendo llevada por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, la solicitud debe hacerse por escrito y ser dirigida al Supervisor de Archivos Médicos (Medical Records Supervisor) al 434-263-4000. Debe darnos una razón que apoye su solicitud para una enmienda o corrección. Nuestra oficina rechazará su solicitud si usted no envía su solicitud (y la razón apoyando su solicitud) por escrito. También podemos rechazar su solicitud si usted nos pide que modifiquemos alguna información que es, en nuestra opinión, (a) correcta y completa; (b) no es parte de la información (PHI) llevada por o para la oficina; (c) no es parte de la información (PHI) que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) que no fue creado por nuestra oficina, a menos que el individuo o la entidad que creó la información no está disponible para corregir la información.

5. Informe de Divulgaciones. Todos nuestros pacientes tienen el derecho de pedir un “informe de divulgaciones”. Un “informe de divulgaciones” es una lista de ciertas divulgaciones que nuestra oficina ha hecho con su información (PHI) por razones no relacionadas con tratamiento, pago o operaciones. No estamos obligados a documentar el uso en nuestra oficina de la información (PHI) que es parte del cuidado de salud de rutina, por ejemplo, cuando un doctor comparte información con una enfermera, o cuando el departamento de facturación usa su información para realizar el reclamo a su aseguranza. Para obtener un informe de divulgaciones, deberá someter su solicitud por escrito dirigiéndose a Supervisor de Archivos Médicos (Medical Records Supervisor) 434-263-4000. Todas las solicitudes para un “informe de divulgaciones” deben contener un plazo que no puede ser más de seis (6) años desde la fecha de la divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses es gratis, pero nuestra oficina le puede cobrar por listas adicionales durante un mismo período de 12 meses. Nuestra oficina le informará de los gastos relacionados con las solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de incurrir algún gasto.

6. Derecho a una Copia Impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso acerca de las prácticas de privacidad. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, contacte a cualquiera de los empleados de nuestra oficina.

7. Derecho a Registrar una Queja. Si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede registrar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para registrar una queja con nuestra oficina, diríjase a Administrador, Blue Ridge Medical Center, 4038 Thomas Nelson Highway, Arrington, VA, 22922. Todas las quejas deberán ser sometidas por escrito. **Usted no será penalizado por registrar una queja.**

8. Derecho a Proporcionar una Autorización para otros Usos y Divulgaciones. Nuestra oficina obtendrá una autorización escrita para usos y divulgaciones que no están identificadas en este aviso o que son permitidas por las leyes aplicables. Cualquier autorización que usted nos proporcione respecto al uso y divulgación de su información (PHI) puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no utilizaremos o divulgaremos su información (PHI) por las razones descritas en la autorización. Favor de tomar nota que estamos obligados a mantener archivos acerca de la atención proporcionada.

Nuevamente, si tiene cualquier pregunta acerca de este aviso o sobre nuestra política de la privacidad de la información acerca de su salud, favor de comunicarse con el Administrador al 434-263-4000.

9. Blue Ridge Medical Center debe notificar a los individuos afectados por las infracciones a sus datos no garantizados.