



# Formulario de Información del Paciente Fecha \_\_\_\_\_

<b>Apellido:</b> _____		<b>Nombre:</b> _____		<b>Inicial del Segundo Nombre:</b> _____	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____		<b>Número de Seguro Social:</b> _____ - _____ - _____		<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> TG / M → F <input type="checkbox"/> TG / F → M	
<b>Teléfono Primario # ( _____ )</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <b>OK de dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>OK de Texto:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<b>Teléfono Secundario # ( _____ )</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <b>OK de dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>OK de Texto:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Correo electrónico:</b> _____ @ _____ <input type="checkbox"/> OK de mandar correo electrónico					
<b>Dirección Física:</b> _____					
<b>Ciudad:</b> _____		<b>Estado:</b> _____		<b>Código Postal:</b> _____	
<b>Dirección de correo:</b> (si es diferente de arriba): <input type="checkbox"/> Marque aquí SI NO autoriza el envío por correo de Family Centers Inc.					
<b>Médico de atención primaria (si no es Family Centers Health Care)</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Teléfono</b> ( _____ ) _____					
<b>Proveedor dental primario: (si no es Family Centers Health Care)</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Teléfono</b> ( _____ ) _____					
<b>Fecha del último examen físico</b> _____					
<b>Ocupación (si esta empleado):</b> _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> No se aplica					
<b>Ingreso anual aproximado del hogar: \$ _____ Numero de personas en el hogar: _____</b>					
<b>Nombre del contacto de emergencia:</b> _____			<b>Relación al paciente:</b> _____		
<b>Contacto de emergencia teléfono principal #</b> _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <b>OK de dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
<b>Teléfono secundario #</b> _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <b>OK de dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
<b>Etnicidad: (Elige Uno)</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino  <b>Raza: (Elige todos los que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo del Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia		<b>Vive en vivienda pública</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Sección 8</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Tipo de Residencia donde vive:</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Amigo/ Familia <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Lenguaje Preferido si no es Ingles:</b> _____ Necesita un traductor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <b>¿Es usted un veterano de uno de los servicios uniformados de los Estados Unidos?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <b>¿Cómo te enteraste de nosotros?</b> <input type="checkbox"/> Amigo / familiar <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Eventos de Family Centers <input type="checkbox"/> Otra Agencia Nombre de Agencia _____ <input type="checkbox"/> Otra manera: <b>¿Quién te refirió?</b> _____	
<b>Estado Matrimonial:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja no-Casado <input type="checkbox"/> Casado ( <b>Nombre de esposa/a</b> _____) <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado  <b>Piensas en ti mismo como:</b> <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé					

# INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Actuales Medicamentos

*Por favor incluya los medicamentos sin receta médica, medicamentos de venta libre & vitaminas o suplementos:*

Nombre de la Medicina

Dosis (incluya concentración & cantidad por día)

1.

2.

3.

4.

5.

NO TOMO MEDICAMENTOS

## Alergia/Alergia a Medicamento:

Efectos Secundarios/Reacción:

1.

2.

3.

4.

NINGUNA ALERGIA APARENTE

## Historial Medico

*Usted tiene ahora o tuvo alguna vez:*

NINGUNA DE LAS CONDICIONES CITADAS ABAJO

Aneurisma

Fibrilación/aleteo auricular

Convulsiones

Ataque Cardíaco

VIH o SIDA

TB (Tuberculosis)

Ritmo Cardíaco Anormal

Reflujo

Artritis

Asma

Problemas sanguíneos

Cáncer

Cataratas

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Trastorno del coagulo

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Diabetes (¿Insulina? Si / No)

Cálculos Biliares

enfermedad

Gastrointestinal

Gota

Dolores de Cabeza

Soplo Cardíaco

Enfermedad de la válvula cardíaca

Hepatitis

Alta presión sanguínea

Colesterol elevado

Enfermedad de los

Riñones

Cálculos Renales

Enfermedad del Hígado

Problemas de Próstata

Fiebre Reumática

Apnea del Sueño

Ataque Isquémico

Transitorio

Enfermedad de Tiroides

Ulceras

Otros

## Dolor y Nutrición:

¿Siente algún dolor?  NO  SI

Si SI, por favor valore en una escala de 1 al 10 donde 10 es el más doloroso: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En los últimos 3 meses, tuvo algún cambio en su apetito?  NO  SI

# INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

¿En los últimos 3 meses, tuvo algún cambio en su peso de 10 libras o más?  NO  SI

¿En el último mes, tuvo algún problema al momento de tragar?  NO  SI

Fecha de último examen físico \_\_\_\_\_

Proveedor de servicios médicos primarios (si no es Family Centers Health Care)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Proveedor Dental Primario: (si no es Family Centers Health Care)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Farmacia de Preferencia \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Historial Clínico:

(i.e. Previas Hospitalizaciones Psiquiátricas/Medicas y/u otros programas de tratamiento psiquiátrico) Fechas: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

NINGUN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO PREVIO

## Derechos y Responsabilidades del Cliente

El proveedor y el cliente tienen la responsabilidad mutua de asegurar que el mejor servicio posible sea proveído y usado de manera apropiada.

### **Cada cliente tiene derecho a lo siguiente:**

- A recibir un servicio considerado y respetuoso.
- Que el servicio otorgado sea por personal capacitado.
- Una respuesta razonable a su solicitud de servicio y una continuidad razonable de su cuidado.
- A servicio sin discriminación de raza, religión, sexo, identidad/expresión de género, origen nacional, orientación sexual, descendencia, edad, estatus familiar, capacidad o incapacidad física o mental, o condiciones para pagar.
- A participar en el desarrollo de su tratamiento.
- A obtener información con respecto a su tratamiento.
- A aceptar o rechazar cualquier plan de tratamiento.
- Las distintas políticas de Family Centers Inc.; como por ejemplo a la elegibilidad para los distintos servicios, horas de servicios e información sobre las tarifas.
- A la ayuda para localizar servicios apropiados dentro de la comunidad cuando Family Centers no pueda proveer continuidad.
- A examinar o recibir una explicación de la factura que ha recibido por sus servicios, sin importar la fuente de donde se genere el pago.
  - A recibir una copia del formulario de las Responsabilidades y Derechos del Cliente al momento de comenzar sus servicios.
  - A obtener el nombre, título y credenciales profesionales de cualquier persona que le este otorgando servicios.
- A revisar su ficha de acuerdo con las pólizas de Family Centers.

### **Es la responsabilidad del cliente:**

- Aceptar o rechazar cualquier servicio.
- Dirigir sus quejas, preocupaciones y recomendaciones para cambios al personal asignado y/o al director del Programa.
- Asistir a las citas acordadas o notificar de una cancelación con 24 horas de anticipación.
- Informar a su terapeuta de los cambios en las circunstancias financieras que pudieran afectar su tarifa.

### **Para Proteger su Privacidad:**

Al Personal Clínico de Family Centers Inc. se le exige por ley y ética profesional mantener la confidencialidad del cliente. Esto se hace dentro del contexto de las prácticas generales de la agencia. Su información se mantiene confidencial y no será entregada o discutida con nadie fuera de of Family Centers Inc. sin su consentimiento escrito a menos que de alguna forma sea requerido por ley.

### **Niño Menor de Edad**

El personal clínico de Family Centers Inc. están obligados a discutir y determinar los arreglos y las responsabilidades parentales para la llegada y salida del cliente; los procedimientos en caso de una emergencia médica; informar a los padres o tutores de la responsabilidad de informe obligatorio que tiene la clínica en acuerdo con la Sección 17a-101 de los Estatutos Generales de CT.

El padre o guardián de un menor firmara por el niño para confirmar que tanto él como el niño han recibido y revisado el formulario de Derechos y Responsabilidades del Cliente y que de una forma comprensible y apropiada para la edad del niño se les ha explicado estos derechos.

**He recibido y revisado el formulario de Derechos y Responsabilidades del Cliente y he sido familiarizado a las políticas y procedimientos de la agencia.**

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO/ FACTURACIÓN

1. Yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente), doy permiso para que **Family Centers Health Care** me dé tratamientos médicos/dentales/de salud mental.
2. Autorizo a **Family Centers Health Care**, para que solicite mis beneficios de mi seguro médico con el fin de pagar por la atención que he recibido.

Yo entiendo que:

- **Family Centers Health Care** tendrá que enviar la información mis registros médicos/ dentales/ mentales a mi compañía de seguro.
  - Si tengo algún copago o deducible, soy responsable de pagar al momento del servicio.
  - Debo pagar por el costo de estos servicios, si mi seguro no paga por ellos, o si no tengo seguro médico.
3. Yo entiendo que:
    - Tengo el derecho de negar cualquier procedimiento o tratamiento.
    - Tengo el derecho de discutir todos mis tratamientos médicos/dentales/mentales con mi proveedor.
    - Si falto a mi cita o la cancelo dentro de las 24 horas previas (viernes antes de las 12pm, para las citas del lunes) 2 o más veces, es posible que no pueda agendar más citas con anticipación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o Tutor  
(para menores de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **Su Información. Sus Derechos. Sus Responsabilidades.**

Este aviso relata cómo su información médica puede ser utilizada y revelada y como puede tener acceso a esta información. **Por favor revise con cuidado.**

### **RESUMEN**

#### **Sus Derechos**

Tiene el derecho a:

- Recibir una copia de su expediente médico, ya sea electrónica o física.
- Corregir su expediente médico
- Solicitar como recibir comunicaciones sobre los datos de salud protegidos.
- Pedirnos que limitemos el compartimiento de información.
- Obtener una lista de las personas con quienes compartimos su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Escoger a alguien que lo represente.
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

#### **Sus Opciones**

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos su información, ya que:

- Puede decirle a su familia y amigos de su condición
- Podemos proveer alivio de desastre
- Podemos incluirlo/a en un directorio de hospital
- Podemos proveer cuidado de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

#### **Nuestros Usos y Divulgaciones**

Podemos usar y compartir su información mientras:

- Esta en tratamiento
- Ejecutamos nuestra organización
- Facturamos y recibimos pago por su tratamiento
- Ayudamos con cuestiones de salud y seguridad pública
- Hacemos investigación
- Cumplimos con la ley
- Trabajamos con un médico forense o director de funeraria
- Dirigimos la compensación de trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes del gobierno



- Respondimos a demandas y acciones legales

## **Sus Derechos**

**Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo/a.

### **Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente medico**

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información medica que tenemos sobre usted. Consúltenos como hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo.

### **Consúltenos para corregir su expediente medico**

- Puede pedir que corregíamos su información de salud que usted piense que es incorrecta o incompleta. Consúltenos como hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

### **Solicitar comunicación confidencial**

- Usted puede pedirnos comunicarnos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono, casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Diremos que si a todas la solicitudes razonables.

### **Consúltenos para limitar la información que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago, u operaciones. No estamos obligados a acceder a su petición, y podemos decir que no si afectaría a su cuidado.
- Si usted paga por su servicio de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pagamento o nuestras operaciones con su plan de salud. Diremos que si al menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

### **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede pedir una lista de las veces que hemos compartido su información médica desde 6 años antes de la fecha de preguntar, con quien la compartimos, y porque.
- Incluiremos todas las revelaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras revelaciones (como cualquiera que nos pida



**Family Centers Inc.  
Notice of Privacy Practices  
Effective September 23, 2013**

que hagamos). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad al año de forma gratuita, pero se le cobrara una tarifa razonable, basada en el costo si se le pregunta por otro plazo de 12 meses.

**Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proveeremos una copia en papel lo más pronto posible.

**Elija a alguien que actué por usted**

- Si usted le ha dado a alguien poder medico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información medica.
- Nos haremos cargo de que esa persona tenga la autoridad de poder actuar por usted antes de tomar acción.

**Presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados**

- Usted puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos. Puede contactarnos usando la información colocada en la última página.
- Puede quejarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Derechos Civiles a través de una carta mandándola a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC, 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**Tus Opciones**

**Para cierta información medica, nos puede dar su opinión sobre los que compartimos.** Si usted tiene alguna preferencia de cómo compartimos información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y nosotros seguimos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos, u otros involucrados en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de alivio de desastre
- Incluyamos su información en un directorio de hospital





**Family Centers Inc.  
Notice of Privacy Practices  
Effective September 23, 2013**

*Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si esta inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que esta en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que usted nos de permiso:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- El mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos de nuevo.

## **Nuestros Usos y Divulgaciones**

### **Como usamos o compartimos su información de salud?**

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras:

#### **Tratamiento**

Podemos usar y compartir su información médica con otros profesionales que también lo están tratando

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

#### **Ejercitación de nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra practica, mejorar su atención, y ponerse en contacto con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos la información sobre su salud para manejar su tratamiento y servicio.

#### **Cobro por sus servicios**

Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud por lo que va a pagar por sus servicios.



### **¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o exige que compartamos su información de otras maneras- por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Ayuda con la salud pública y cuestiones de seguridad**

Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones como:

- La prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Presentación de informes de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia, o violencia domestica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

### **Investigar**

Podemos usar o compartir su información para la investigación de salud.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos su información si las leyes estatales y federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si es que necesitan ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

### **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico, o director de funeraria cuando una persona muere.

### **Dirigir la compensación de trabajadores, cumplir con la ley, y otras solicitudes de gobierno.**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley



**Family Centers Inc.**  
**Notice of Privacy Practices**  
**Effective September 23, 2013**

- Para funciones especiales de gobierno, como militares, seguridad nacional, y los servicios de protección presidenciales.

### **Responder a demandas o acción legal**

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por la ley mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le haremos saber inmediatamente si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad y seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y se le dará una copia de la misma.
- No utilizaremos o compartiremos su información a menos que nos diga lo que podamos usar. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Reglas especiales en cuanto a divulgación de la Salud Mental, Abuso de Sustancias e Información Relacionada al VIH**

Para revelaciones relativas a la información de salud protegida relacionada con el cuidado de las condiciones de salud mental, abuso de sustancias o de pruebas y tratamiento relacionados con el VIH, pueden existir restricciones especiales. Por ejemplo, generalmente no divulgar esta información especialmente protegida en respuesta a una citación, orden judicial, u otro proceso legal, a menos que usted firme una autorización especial o un tribunal ordene la divulgación.

- Información sobre Salud Mental: Cierta información sobre salud mental puede ser divulgada para tratamiento, pago y atención médica según lo permita o exija la ley. De lo contrario, solo divulgaremos dicha información en virtud de una autorización, orden judicial o como lo requiera la ley. Por ejemplo, todas las comunicaciones entre usted y un psicólogo, psiquiatra o trabajador social será privilegiada y confidencial, de conformidad con el estado de Connecticut y la ley federal.
- Información sobre el tratamiento de Abuso de Sustancias: Si está siendo tratado en un programa especializado de abuso de sustancias, será necesario su autorización para ciertas



**Family Centers Inc.  
Notice of Privacy Practices  
Effective September 23, 2013**

revelaciones, pero no las emergencias, ciertos requisitos de información y otras revelaciones específicamente permitidas bajo la ley federal.

- **Información Relacionada con el VIH:** Vamos a revelar información relacionada con el VIH de acuerdo a lo permitido o requerido por la ley del estado de Connecticut. Por ejemplo, su información protegida de salud relacionada con el VIH, en su caso, podrá ser revelada en el caso de una exposición significativa a la infección por VIH para el personal de Family Centers, Inc., otra persona, o un socio conocido. Cualquier uso y divulgación para estos fines serán para alguien capaz de reducir el resultado de la exposición y restringido de conformidad con el estado de Connecticut y la ley federal.
- **Menores de edad:** Cumpliremos con las leyes del estado de Connecticut en cuanto al uso y la divulgación de la información de salud protegida de los menores de edad. Por ejemplo, si usted es un menor de edad no emancipado y haya aceptado recibir un servicio de atención de salud relacionados con VIH/SIDA, otra enfermedad venérea, el aborto, y la dependencia de alcohol/drogas, y no ha sido solicitado que otra persona sea tratada como un representante personal, usted puede tener la autoridad para consentir al uso y divulgación de su información médica.

## **Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicaran a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o desea más información sobre sus derechos de privacidad, por favor contáctenos.

Family Centers Inc  
Robert Short, HIPAA Privacy Officer  
P.O. Box 7550 Greenwich, CT, 06830  
[piori@familycenters.org](mailto:piori@familycenters.org)  
203.869.4848



### **Formulario de Consentimiento y Reconocimiento**

Doy consentimiento al uso de mi información de salud protegida por Family Centers a cualquier persona u organización con el propósito de llevar a cabo tratamiento, obtener pago, o conducir ciertas operaciones de salud médica. Entiendo que una mayor información sobre como Family Centers Inc. utilizará y divulgará mi información se puede encontrar en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Family Centers, Inc.

Al firmar abajo, entiendo y reconozco lo siguiente:

- He leído y entiendo este consentimiento; y
- He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Family Centers, Inc. Actualmente vigente.

---

Nombre del individuo o representante personal

---

Firma del individuo o representante personal          Fecha

Si es firmado por el representante del individuo, describa la autoridad legal del representante para actuar de parte del individuo: \_\_\_\_\_

No se puede obtener el consentimiento por escrito y reconocimiento debido a que:

- El individuo se negó
- Situación de tratamiento de emergencia
- El individuo no pudo firmar debido a la incompetencia u otra razón médica
- Otra razón: \_\_\_\_\_

