

PATIENT REGISTRATION FORM  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Date/Fecha:		Reason for Visit/Razón de la vista:					
LAST NAME APELLIDO			FIRST NAME PRIMER NOMBRE:		PREFERRED NAME NOMBRE PREFERIDO:		MIDDLE NAME SEGUNDO NOMBRE
SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL		SEX/SEXO <input type="checkbox"/> Male/M <input type="checkbox"/> Female/F <input type="checkbox"/> Masculino/M <input type="checkbox"/> Femenino/F		IDENTIFY MYSELF AS/ME IDENTIFICO COMO: <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____		BIRTH DATE (mm/dd/yyyy) FECHA DE NACIMIENTO (mm/de/aaaa)	
MAILING ADDRESS DIRECCIÓN POSTAL			CITY CIUDAD		STATE ESTADO		ZIP CÓDIGO POSTAL
HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		MOBILE PHONE CELULAR	E-MAIL ADDRESS CORREO ELECTRÓNICO		
MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL M S D W <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V		INTERPRETER NEEDED? ¿NECESITA INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No	PREFERRED LANGUAGE IDIOMA PREFERIDO		RACE/RAZA Black White Asian Other <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra		ETHNICITY/ETNICIDAD Hispanic Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
RELIGION RELIGIÓN		COMMUNICATION PREFERENCE/PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN Mail Phone Email Patient Portal <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Correo elec. <input type="checkbox"/> Portal del paciente			PRIMARY CARE PHYSICIAN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA		
<b>EMPLOYER INFORMATION/INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR</b>							
PATIENT'S EMPLOYER EMPLEADOR DEL PACIENTE			OCCUPATION PUESTO DE TRABAJO			WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO	
BUSINESS ADDRESS DIRECCIÓN DEL NEGOCIO			CITY CIUDAD		STATE ESTADO		ZIP CÓDIGO POSTAL
<b>EMERGENCY CONTACT INFORMATION/INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b>							
NAME NOMBRE		RELATIONSHIP PARENTESCO		HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO	MOBILE PHONE CELULAR
<b>GUARANTOR INFORMATION (IF PATIENT IS UNDER 18 YEARS OLD) INFORMACIÓN DEL FIADOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD)</b>							
GUARANTOR'S NAME NOMBRE DEL FIADOR			RELATIONSHIP PARENTESCO			SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	
ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE) DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA)					DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO		SEX SEXO
EMPLOYER EMPLEADOR			HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		MOBILE PHONE CELULAR
EMPLOYER'S ADDRESS DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL	NAME OF ADULT PRESENTING MINOR FOR TREATMENT NOMBRE DEL ADULTO QUE PRESENTA EL MENOR PARA EL TRATAMIENTO		RELATIONSHIP PARENTESCO
<b>INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>							
INSURANCE COMPANY (PAYOR) COMPAÑÍA DE SEGURO (PAGADOR)		SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRITOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	SUBSCRIBER ID IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITOR	GROUP ID IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	PATIENT RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL SUSCRITOR
SECONDARY INSURANCE (PAYOR) SEGUNDO SEGURO (PAGADOR)		SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRITOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	SUBSCRIBER ID IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITOR	GROUP ID IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	PATIENT RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL SUSCRITOR
<b>INJURY/ACCIDENT INFORMATION (IF APPLICABLE)/INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN/ACCIDENTE (SI ES PERTINENTE)</b>							
<input type="checkbox"/> Auto/MVC/Auto/Colisión automovilística <input type="checkbox"/> Worker's Comp/Compensación de trabajadores <input type="checkbox"/> Other Accident/Otro accidente:							
DATE FECHA		TIME HORA	PLACE LUGAR		NATURE TIPO		
Who may we thank for referring you to our office? ¿A quién podemos agradecer por remitirle a nuestra oficina?							
How did you hear about our office? ¿Cómo se enteró sobre nuestra oficina?							
<b>PLEASE GIVE THE RECEPTIONIST YOUR INSURANCE CARD(S) AND DRIVER'S LICENSE. SÍRVASE DARLE A LA RECEPCIONISTA SU TARJETA(S) DE SEGURO Y SU LICENCIA DE CONDUCIR</b>							

# HISTORIAL DE SALUD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Indique todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos sin receta.**

Medicamento	Dosis	Razón del medicamento

**Indique cualquier alergia a medicamentos.**

**Motivo de su visita:**


**Por favor indique cualquier problema médico por la que está recibiendo o haya recibido tratamiento.**

SÍ	NO	Condición	SÍ	NO	Condición
		Asma			Alta presión
		Artritis			colesterol alto
		Trastorno hemorrágico			Enfermedad renal / de riñones
		Cáncer			Migraña
		Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica			Problemas musculares
		Diabetes			Convulsiones
		Depresión / Ansiedad			Enfermedad de células falciformes
		Problemas gastrointestinales			Trastorno del sueño
		Enfermedad cardíaca / ataque cardíaco			Derrame cerebral
		Hepatitis			Enfermedad de la tiroide

**Por favor anote cualquier cirugía, hospitalización y / o lesiones graves.**

Motivo / Tipo	Fecha	Motivo / Tipo	Fecha

¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Fuma? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? Diariamente \_\_\_\_\_ De vez en cuando \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

## Responsabilidad Financiera del Paciente

Gracias por elegir Northeast Georgia Physicians Group (NGPG) para su atención médica. Apreciamos que nos haya confiado su atención médica y estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible como paciente. La siguiente información describe nuestras expectativas sobre su responsabilidad financiera en nuestro consultorio.

Los pacientes o sus representantes legales son en última instancia responsables de todos los cargos por los servicios prestados. Todos los servicios prestados a pacientes menores de edad serán responsabilidad del adulto acompañante, padre con custodia o tutor legal.

NGPG tiene la obligación contractual de cobrar los copagos correspondientes en el momento en que se prestan los servicios. También estamos obligados a cobrar cualquier deducible y / o coaseguro que su seguro considere responsabilidad del paciente.

Sin seguro (pago por cuenta propia), si no tiene seguro médico, estaremos encantados de brindarle atención. Ofrecemos un descuento del 30% a los pacientes sin seguro en aquellos servicios que normalmente se facturarían a una compañía de seguros. Para calificar para un descuento del 45% (un 15% adicional), requerimos que se pague un mínimo de \$ 100.00 al momento de registrarse (\$ 25.00 para pacientes pediátricos). Este pago se aplicará a cualquier cargo por su visita. Si hay un pago en exceso, los saldos pendientes se liquidarán y el resto se reembolsará mediante devolución a tarjeta de crédito o mediante cheque (según el método de pago al momento del depósito de servicio).

**Depósito para un Procedimiento:** Es posible que se solicite a los pacientes que están programados para un procedimiento que paguen un depósito que cubra el monto estimado de responsabilidad del paciente. Este monto consistiría en cualquier copago, coaseguro o cualquier monto deducible restante que corresponda. Nuestro personal se comunicará con su compañía de seguros y le proporcionará una **estimación** de la tarifa del procedimiento planificado según los beneficios de su plan. El depósito del procedimiento se puede pagar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

El personal del hospital también se comunicará con usted y le brindará la misma información sobre los cargos hospitalarios esperados.

Favor de tener en cuenta que usted puede recibir cuentas o cargos adicionales de otras entidades, como anestesia, laboratorio, patología, etc. Cualquier pregunta que tenga con respecto a esos cargos deberá dirigirse a la oficina de esas entidades. NGPG no procesa la facturación de estos servicios.

Si usted no puede pagar el 100% del monto estimado antes de su procedimiento, nuestro personal le brindará información sobre las opciones de financiamiento. Se le pedirá que realice algún tipo de pago para el monto estimado antes de su procedimiento.

Al firmar este formulario, acepta que ha leído y comprende su responsabilidad financiera.

---

Firma

---

Fecha

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIONES ANUALES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para tratamiento:

- Por este medio se autoriza cualquier procedimiento médico o quirúrgico, radiografía, prueba de drogas o de análisis clínicos, medicamento o examen que el médico, el auxiliar médico (physician assistant), la enfermera practicante (nurse practitioner) o la enfermera partera pudiera considerar necesario.
- Entiendo que tengo el derecho a ver a un médico si así lo decido, y que tengo el derecho a ver a un médico antes de que un profesional clínico con formación superior implemente la orden para un dispositivo o medicamento de dispensación con receta.
- En el caso de un menor de edad no emancipado, el consentimiento a continuación se da en su nombre.

### Consentimiento para divulgar información médica a un cónyuge, miembro de la familia o pareja:

Díganos con quién podemos dialogar sobre su información médica protegida: (Nombre y relación o parentesco - por ejemplo: Juana Pérez, esposa; Ana Pérez, hija; Juana Pérez, pareja)

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

- Si usted no autoriza que se divulgue información a nadie, haga favor de marcar esta declaración.

No autorizo la divulgación de ninguna información a nadie que no sea yo.

**Por este medio, autorizo que se dejen mensajes en un sistema de buzón de voz o contestadora. Por favor, indique el (los) número(s) al(los) que el personal de NGPG puede llamar para dejarle un mensaje:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

- Para la divulgación de información de expedientes médicos, consulte el formulario C-45.

### Responsabilidad financiera:

Entiendo que cada paciente es responsable de que se haga el pago de los servicios médicos recibidos en esta oficina. Por este medio autorizo que cualquier beneficio del seguro se pague directamente al Northeast Georgia Physicians Group, y reconozco mi responsabilidad de pagar todos los servicios no cubiertos. Asimismo, autorizo la divulgación de toda información necesaria para procesar una reclamación del seguro. Los cargos para todos los menores de edad son la responsabilidad de los padres, los tutores o la persona que presente al niño para tratamiento.

Por este medio autorizo al Northeast Georgia Physicians Group, o a cualquiera de sus filiales, agentes, contratistas o socios comerciales, para que me contacten (por medio de cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro punto de contacto que yo o alguien más haya proporcionado en mi nombre) por medio de un sistema de llamadas automáticas, por formas pregrabadas de sistemas de voz o de mensajes, por correo electrónico que sea propiedad de, o usado por, el garante o parte responsable, por mensajes de texto, por teléfono o por teléfono celular, por motivos relacionados con los servicios que recibí en el Northeast Georgia Physicians Group o por el pago de los servicios que recibí en el Northeast Georgia Physicians Group incluidos, entre otros, los motivos del cobro de deudas.

### Acuse de recibo del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria:

Al escribir mis iniciales, reconozco que recibí una copia del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria.

### Reconocimiento de los derechos de privacidad:

Al firmar a continuación, reconozco que estoy enterado del Aviso de NGHS sobre las prácticas de protección de la privacidad y los derechos individuales. Puede que usemos o divulguemos su información médica con el personal que participe en su atención en el Health System. También es probable que divulguemos su información médica a personas fuera del Health System, como las que participan en los sistemas de intercambio de información médica. El Aviso de NGHS sobre las prácticas de protección de la privacidad contiene más información sobre las políticas y las prácticas que protegen la privacidad del paciente.

**Reconozco que he leído la información anterior, que estoy dando mi consentimiento a lo indicado arriba y, además, reconozco que se me ha informado de mis derechos a la privacidad.**

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

Lea a continuación nuestra política de pago y ponga sus iniciales cuando sea necesario.  
Sus iniciales nos dicen que acepta cumplir con estas partes de la política.

#### Política de pago

\_\_\_\_\_ Iniciales

1. En cumplimiento con la nueva ley federal, le pediremos una identificación con foto y una prueba de su seguro de salud en cada visita. Es posible que también le tomemos una foto la primera vez que visite nuestra oficina.
2. No es factible que nuestro personal esté plenamente consciente de los requisitos o coberturas específicas de cada plan de seguro de salud. Haremos todo lo posible para ayudarlo; sin embargo, es su responsabilidad verificar que NGPG sea parte de los proveedores cubiertos por su plan de seguro, además de conocer qué cubre y qué no cubre su plan.
3. Es su responsabilidad conocer qué limitaciones puede imponer su plan de seguro en la cantidad de veces que lo pueden consultar, realizar tratamientos, cuándo se requieren referencias para recibir atención o recibir otros tipos de atención médica.
4. Cualquier cargo en el que incurra con nosotros que no sea pagado por su seguro de salud de acuerdo con nuestros acuerdos existentes será su responsabilidad pagarlo. Le facturaremos a su plan de seguro como cortesía.
5. Si no tiene seguro médico, estaremos encantados de atenderle. Ofrecemos un descuento del 30% a los pacientes sin seguro en aquellos servicios que normalmente se facturarían a una compañía de seguros. Para calificar para un descuento del 45% (un 15% adicional), requerimos que se pague un mínimo de \$ 100.00 al momento de registrarse (\$ 25.00 para pacientes pediátricos). Este pago se aplicará a cualquier cargo por su visita. Si hay un pago en exceso, los saldos pendientes se liquidarán y el resto se reembolsará mediante devolución a tarjeta de crédito o mediante un cheque (según el método de pago al momento del depósito del servicio).
6. Continuaremos brindándole atención mientras haga los pagos de los saldos adeudados. Deberá pagar en su totalidad los cargos en los que incurra al momento del servicio mientras paga los saldos pendientes. Se puede hacer una excepción si su proveedor determina que su visita es urgente. Si no puede pagar en su totalidad al momento del servicio, consulte nuestras opciones de pago.
7. Utilizamos una agencia de cobro para cuentas que no hacen un esfuerzo de buena fe para pagar los servicios médicos que brindamos.

#### Política de Reabastecimiento de Recetas

\_\_\_\_\_ Iniciales

Por favor espere 48 horas para todos los reabastecimientos de recetas. Para acelerar el proceso, solicite a su farmacia que envíe una solicitud de reabastecimiento a la clínica.

#### Política de Expedientes Médicos

\_\_\_\_\_ Iniciales

Nos complace proporcionarle una copia de sus expedientes médicos. Primero debe proporcionar una divulgación de información firmada y debidamente verificada para las copias proporcionadas por correo electrónico, CD o en papel. Se puede asociar un costo según la cantidad de páginas solicitadas..

#### Cambios en su Información Personal

\_\_\_\_\_ Iniciales

Usted es responsable de informarnos sobre cualquier cambio en su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o cobertura de seguro de salud. No hacerlo puede afectar la cobertura de su seguro y / o nuestra capacidad de brindarle información importante sobre su salud.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

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

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Representante Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVISE CUIDADOSAMENTE. **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN:** A continuación, se describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las siguientes categorías.

**Para Tratamiento:** Podemos utilizar su información médica con el fin de proporcionar tratamientos médicos o servicios a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, voluntarios u otro personal involucrado en su atención dentro del Sistema. También podemos divulgar su información médica a personas fuera del Sistema que puedan estar involucradas en su atención, como amigos o familiares, en caso de que usted nos haya indicado que le gustaría que estas personas sean informadas sobre su atención, o también a empleados o miembros del personal médico, de cualquier hospital o centro de enfermería si es trasladado o admitido en las instalaciones para recibir atención.

**Para Pago:** Podemos divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios en el Sistema sean facturados por el Sistema y el pago le sea cobrado a usted, una compañía de seguros o a un tercero. También podemos divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica para el pago de servicios que pueda haber recibido en otro centro médico. Sin embargo, puede solicitar que no divulguemos su información médica a ninguna persona o entidad responsable de pagar cualquier parte de los cargos en los que incurra como paciente del Sistema, siempre y cuando usted pague todos los cargos en su totalidad en el momento de la solicitud.

**Para Operaciones de Atención Médica:** Nosotros y nuestros socios comerciales podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de salud. Estas divulgaciones son necesarias para las funciones del Sistema y garantizar que todos los pacientes reciban una atención de calidad. Esto incluye la divulgación de su información médica a médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y otro personal del Sistema con fines de revisión y aprendizaje. También podemos divulgar su información a investigadores que recopilan información médica para estudiar la atención médica y la prestación de atención médica - eliminaremos la información que lo identifica personalmente antes de proporcionar su información a los investigadores. Las Divulgaciones también pueden incluir a otros proveedores para su uso en sus operaciones de atención médica.

**Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud:** No recibirá ningún comunicado de marketing o publicidad de nuestra parte a menos que indique en su Aviso de Prácticas de Privacidad firmado (o reconocido) que desea recibir dichos comunicados. Si indica que le gustaría recibir dichas notificaciones, podemos usar o divulgar su información médica para informarle de los beneficios o servicios que pueden interesarle. Si en algún momento decide que ya no desea recibir esta información, puede optar por no recibir más comunicaciones de marketing o publicidad poniéndose en contacto con el número proporcionado o notificando a la Oficina de Privacidad del Sistema por escrito.

**Venta de Información Médica:** No venderemos su información médica a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo en su Aviso de Prácticas de Privacidad debidamente firmado.

**Actividades de Recaudación de Fondos:** Podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted acerca de nuestros esfuerzos para recaudar fondos. Puede optar por no participar proporcionando su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad del Sistema o informando a la persona que se comunica con usted de su deseo de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Cada vez que nos comuniquemos con usted con respecto a los esfuerzos de recaudación de fondos, debemos preguntarle si desea excluirse de todas las comunicaciones futuras de recaudación de fondos.

**Directorio del Hospital:** Podemos incluir información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras sea un paciente del Sistema. Si no desea que nadie conozca esta información o que limite la cantidad de información que se divulga y a quién, puede solicitar limitaciones en el momento de la inscripción o durante su estadía en el hospital.

**Situaciones Especiales:** En las siguientes situaciones especiales, podremos divulgar su información médica: donación de órganos y tejidos, personal militar en servicio activo y veteranos, compensación laboral, actividades de salud pública, actividades de supervisión de la salud, demandas y disputas, cumplimiento de la ley, médicos forenses y examinadores médicos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, servicios de protección para el Presidente y otros, prisioneros e investigación, amenazas a la salud pública y seguridad de otros, esfuerzos de socorro en casos de desastre.

**Notas de Psicoterapia:** Las notas de Psicoterapia no se divulgarán fuera del Sistema, excepto cuando usted lo autorice por escrito, de conformidad con la corte o según lo requiera la ley. Las notas solo se divulgarán al personal del Sistema que las haya redactado (excepto con fines de capacitación y para defenderse de una acción legal entablada contra la entidad) a menos que usted haya autorizado debidamente dicha divulgación por escrito.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**NUESTRA OBLIGACIÓN PARA CON USTED:** (1) Estar seguros de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; (2) Para notificarle sobre nuestras obligaciones legales, sus derechos legales y nuestras prácticas de privacidad en el Sistema; (3) Cumplir con estos términos de notificación. Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

**Derecho a Examinar y Copiar:** Tiene derecho a examinar y recibir una copia de su registro médico. Si se rechaza su solicitud, puede solicitar que se revise la denegación y esa decisión será definitiva. Es posible que se le cobre una tarifa por los costos asociados con la copia, el envío por correo u otros suministros asociados con la solicitud. Si toda o parte de su información médica está en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica.

**Derecho a Enmendar:** Si cree que la información médica sobre usted en su registro es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al departamento de Administración de Información de Salud del Sistema. Si se rechaza su solicitud, puede presentar por escrito una declaración de desacuerdo y solicitar que se incluya en su expediente médico.

**Derecho a un Informe de Declaraciones:** Tiene derecho a solicitar una lista de ciertas declaraciones que hemos realizado con respecto a su información médica. Para solicitar esto, debe enviar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad del Sistema.

**Derecho a Solicitar Restricciones:** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted, excepto cuando la ley exija la declaración de la información. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad del Sistema.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, excepto cuando la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierto modo y manera y en un lugar determinado. Para solicitar comunicaciones confidenciales, realice su solicitud en el momento de la inscripción o durante su visita.

**Derecho a este Aviso:** Tiene derecho a una copia impresa y puede solicitarla en el momento del servicio o comunicándose con la Oficina de Privacidad del Sistema.

**Cambios a este Aviso:** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Publicaremos una copia del aviso vigente. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha. Si el aviso cambia, una copia estará disponible para usted cuando la solicite.

**INVESTIGACIONES DE INCUMPLIMIENTO:** Si determinamos que la divulgación de su información médica constituye una violación de las normas federales de privacidad o seguridad que rigen la información de salud protegida no segura, nosotros (1) le notificaremos sobre la violación (2) le informaremos sobre lo que planeamos que hacer para mitigar el daño (si lo hubiera) causado por la infracción y (3) Le aconsejaremos sobre los pasos que debe tomar para protegerse del daño potencial de la violación.

**INFORMACIÓN ADICIONAL:** Si desea obtener más información, comuníquese con la Oficina de Privacidad del Sistema al 770-219-5403.

**QUEJAS:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Sistema o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante el Sistema, comuníquese con la Oficina de Privacidad del Sistema por correo a 743 Spring Street, Gainesville, Georgia 30501, o llame al 770-219 5403. **No será penalizado por presentar una queja.**

**OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:** Otros usos y divulgación de información médica no cubiertos por este aviso pueden realizarse de acuerdo con su permiso por escrito o según lo requiera la ley. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso en cualquier momento. Para revocar su permiso, debe proporcionar su solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad del Sistema.

# DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

Northeast Georgia Health System, Inc. (NGHS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. NGHS does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

NGHS:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

Qualified sign language interpreters

Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

Qualified interpreters

Information written in other languages

If you need these services, contact:

**NGHS' Customer Care Resource Center**

**Telephone Number:** 770-219-2998.

If you believe that NGHS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

**NGHS Corporate Compliance**

743 Spring Street NE

Gainesville, GA 30501

**Telephone Number:** 770-219-5403, (TTY: 1-800-255-0135) (VRS: 1-888-888-1116)

**Fax:** 770-219-2910, or **Email:** [corporate.compliance@nghs.com](mailto:corporate.compliance@nghs.com).

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, NGHS Corporate Compliance is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U. S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

**U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20201

**Phone:** 1-800-868-1019

**TDD:** 1-800-537-7697

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116) 번으로 전화해 주십시오.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116)。

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 770-219-1689 (መስማት ለተሳናቸው: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116)።

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116) पर कॉल करें।

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 770-219-1689 (телетайп: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

770-219-1689 ب رقم اتصل به الامجان لك توافر ال لغوية المساعدة خدمات فبان ال لغة، اذكر ت تحدث ك نت إذا بملاحظة رقم (VRS: 888-888-1116) هال صم وال بكم: 1-800-855-0135) رقم

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

تماس به گ یزید. شمایی رارای گان به صورت زبانی ت سه یلات ک نید، می گ ف تگو فارسی زبانی به اگر ت وجه ف می باشد با. 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116).

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。770-219-1689 (TTY: 1-800-855-0135) (VRS: 888-888-1116)まで、お電話にてご連絡ください。