

Admisión y consentimiento para Third Root

Fecha de hoy: _____

Información personal

Primer nombre _____ Apellido _____

Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____ Ocupación _____

Dirección postal _____ ¿Recibe correos electrónicos? S N

Pronombre/s (*solicitamos esta información con el fin de respetar el espectro de las identidades de género*)

¿Cómo supo de nosotrxs?

Sitio web: Yelp: Por boca de otras personas: Vecindario:

Referencia _____

Contacto de emergencia:

Nombre y pronombre/s _____ Relación _____

Teléfono _____

Principales preocupaciones de salud

¿Qué le trae aquí hoy? _____

¿Otros problemas o preocupaciones de salud?

¿Qué modalidad (tipo de servicio de curación holística) recibirá hoy con nosotrxs?

Información de salud

- ¿Está embarazadx? S N Si es así, ¿cuántas semanas tiene? _____
- ¿Tiene un marcapasos? S N
- ¿Toma Coumadin/Warfarin o cualquier otro diluyente de la sangre? S N
- ¿Alguna vez ha estado hospitalizadx por problemas médicos o por razones de salud mental?
S N
- De ser así, enumere las razones y fechas:
 - _____
 - _____
 - _____
- ¿Tiene la presión sanguínea alta? S N
- Enumere todos los medicamentos que usted toma, inclusive los suplementos:
 - _____
 - _____
 - _____
- Enumere todas las enfermedades importantes que hayan tenido su madre o su padre, sus hermanxs, o usted:
 - _____
 - _____
 - _____
- ¿Hay algo que le gustaría añadir sobre su historia o vida actual? (postparto; dolor; depresión; compulsión o adicción; sobreviviente de trauma físico, emocional o sexual? _____

Revisión de sistemas corporales Marque todo lo que aplique a usted:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> hinchazón abdominal <input type="checkbox"/> apetito bajo <input type="checkbox"/> heces suaves <input type="checkbox"/> olvido <input type="checkbox"/> pensar demasiado o preocupación <input type="checkbox"/> espasmos musculares o contracciones <input type="checkbox"/> sensación de pesadez <input type="checkbox"/> pensamiento confuso <input type="checkbox"/> moretones fácilmente <input type="checkbox"/> mareo al pararme <input type="checkbox"/> dolor articular 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> llagas en la boca <input type="checkbox"/> apetito voraz <input type="checkbox"/> acidez o reflujo ácido <input type="checkbox"/> sed <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> historial de pérdida o aumento repentino o rápido de peso, reciente o en el pasado (explique): _____ _____ _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> diarrea y/o estreñimiento <input type="checkbox"/> tensión del hombro o el cuello <input type="checkbox"/> extremidades adormecidas <input type="checkbox"/> ojos secos o rojos <input type="checkbox"/> zumbido en el oído <input type="checkbox"/> síntomas que empeoran con el estrés <input type="checkbox"/> irritable <input type="checkbox"/> me enojo fácilmente <input type="checkbox"/> me siento mejor después del ejercicio <input type="checkbox"/> jaquecas <input type="checkbox"/> inquietud <input type="checkbox"/> ver flotadores en los ojos <input type="checkbox"/> síntomas de SPM <input type="checkbox"/> coágulos en el flujo menstrual (período) <input type="checkbox"/> dolores menstruales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sudo espontáneamente <input type="checkbox"/> alergias (medicina, alimento, productos de temporada, perfumes), describa: _____ _____ <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> resequedad de la nariz, boca, piel, garganta <input type="checkbox"/> me resfrío fácilmente <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> tos 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> me siento peor después del ejercicio <input type="checkbox"/> rodillas doloridas, frías o débiles <input type="checkbox"/> dolor de espalda lumbar <input type="checkbox"/> orino frecuentemente <input type="checkbox"/> diarrea temprano en la mañana <input type="checkbox"/> memoria deteriorada <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> problemas del oído <input type="checkbox"/> caída del pelo <input type="checkbox"/> libido bajo <input type="checkbox"/> siento frío <input type="checkbox"/> orín turbio <input type="checkbox"/> siento calor <input type="checkbox"/> calor en las palmas o suelas <input type="checkbox"/> sudores nocturnos 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> siento los latidos del corazón <input type="checkbox"/> insomnio <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> dolor en el pecho que viaja al hombro <input type="checkbox"/> llagas en la punta de la lengua <input type="checkbox"/> sueños inquietantes

Más acerca de usted

¿Hace ejercicios o participa en algún deporte? Sí / No

De ser así, ¿qué tipo de ejercicio/deportes? _____

¿Hace movimientos repetitivos en su trabajo, deporte o hobby? Sí / No

De ser así, describa _____

¿Tiene estrés en su trabajo, familia u otro aspecto de su vida? Sí / No

De ser así, describa _____

¿Tiene una práctica espiritual o de contemplación, es decir, yoga, oración, qigong, etc.? Sí / No

De ser así, describa _____

¿Ha tenido recientemente una lesión, cirugía o áreas de inflamación o dolor (inclusive la artritis)? Sí / No

De ser así, describa _____

¿Ha recibido o participado en yoga, masajes, medicina herbaria o acupuntura? Sí / No

De ser así, describa _____

¿Hay algún área de su cuerpo que quiere que evitemos tratar o tocar directamente? Sí / No

De ser así, describa _____

¿Tiene alguna petición sobre el acceso que pueda afectar su capacidad de estar en nuestro espacio? Sí / No

De ser así, describa _____

¿Algo más que le gustaría añadir? _____

Consentimiento informado (Consentimiento para Third Root de acupuntura o consulta herbaria y nutricional, y terapia de masaje)

1. CONSENTIMIENTO HERBARIO Y DE ACUPUNTURA: He leído la información sobre la acupuntura y la medicina herbaria y estoy de acuerdo con el tratamiento.

Nombre (letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma: _____

Firma de madre o padre (si es menor de 18 años): _____

AVISO DE MÉDICO: en conformidad con el artículo 160, sección 8211,1 DE LA LEY DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NY, afirmo que yo, _____, (*nombre completo de pacientx*) HE RECIBIDO ASESORAMIENTO DE _____ (*nombre completo de acupunturistx*) PARA CONSULTAR A UNX MÉDICO CON RESPECTO A LA CONDICIÓN o CONDICIONES PARA LAS CUALES BUSCO TRATAMIENTO DE ACUNPUNTURA.

2. CONSENTIMIENTO PARA EL MASAJE: He leído la información sobre la acupuntura y estoy de acuerdo con el tratamiento.

Entiendo que los tratamientos de masaje que he recibido de lx terapeuta son para el propósito de reducir el estrés y el dolor, aliviar la tensión muscular, aumentar la circulación y otras razones relacionadas con la salud que he indicado. Entiendo que los tratamientos de masajes prestados son de base médica y no para propósitos de placeres sensuales o sexuales. Entiendo que lx terapeuta del masaje no diagnostica enfermedades y no prescribe ni tratamiento médico ni productos farmacéuticos, y las manipulaciones espinales no son parte de la terapia de masaje. Entiendo que lx terapeuta de masaje complementa la atención médica occidental y que se recomienda que acuda a mi doctorx principal para cualquier condición que pueda tener. He declarado todas mis condiciones físicas y los medicamentos que conozco, y mantendré informadax a lx terapeuta de masajes sobre cualquier cambio.

Consentimiento firmado para el tratamiento:

Nombre (letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma: _____

Firma de madre o padre (si es menor de 18 años): _____

3. CONSENTIMIENTO PARA THIRD ROOT: Yo, _____ (nombre completo en letra de imprenta) entiendo que estoy de acuerdo con que:

- Las citas canceladas con menos de 24 horas de aviso incurrirán en una cuota de cancelación igual al costo mínimo para el servicio programado.
- Se me ha proporcionado una copia escrita de las prácticas de privacidad (HIPAA, por sus siglas en inglés) de *Third Root Health Center LLC/Third Root Acupuncture and Massage PLLC*. También se me ha informado de que, si necesito información adicional sobre este aviso, puedo contactar a *Third Root*.
- Si el médico o paciente siente que los límites profesionales han sido violados durante el tratamiento, uno o ambos tienen derecho a terminar la sesión.
- Le dejaré saber a mi médico que estoy embarazada o intentando quedar embarazada.
- *Third Root* no acepta seguro médico, pero a petición del personal puede proporcionarme una factura detallada, números de licencia de mi practicante, fechas de servicio y honorarios recogidos.
- Reflejar los valores inclusivos de *Third Root* lo mejor que pueda en mi comunicación y mis acciones en este espacio. Si tengo preguntas o necesito más información acerca de la inclusión a la que *Third Root* aspira tener, puedo solicitar recursos del personal.

Nombre (letra en imprenta): _____ Fecha: _____

Firma: _____

Firma de madre o padre (si es menor de 18 años): _____



Acerca de *Third Root*

Valores

Damos la bienvenida a todas las personas y estamos comprometidxs a deshacer todas las formas de opresión.

Acogemos y celebramos la diversidad de la humanidad respecto al tamaño, la raza, la etnia, el idioma, la identidad de género, la orientación sexual y la dis/capacidad o diversidad funcional.

Centramos las necesidades de las mujeres y las personas de género no conforme, las personas de color, lxs inmigrantes y refugiadxs, las comunidades de bajos ingresos, las personas con discapacidades, lxs sobrevivientes de trauma, las personas de la tercera edad, las comunidades de fe, las personas LGBT y todas las personas con acceso limitado a una atención médica equitativa.

Somos accesibles: Ofrecemos tarifas de escala ajustada, un personal capacitado en la lucha contra la opresión; trabajamos de forma concientizada para crear un espacio accesible para las personas con diversidad funcional y cultivamos una clínica que construye puentes dentro de una comunidad.

Trabajamos en colaboración: Lxs profesionales de diversas modalidades trabajan en conjunto hacia la salud óptima de cada persona. Trabajamos con organizaciones de justicia social locales y nacionales para construir comunidades saludables desde afuera hacia dentro y desde adentro hacia afuera.

Empoderamos: Apoyamos a pacientes y estudiantes a tomar decisiones informadas sobre el autocuidado. Trabajamos hacia la realización de la justicia de la salud para cada ser.

Acerca de nuestros servicios

La acupuntura se ha practicado durante miles de años y es un procedimiento seguro. Todxs nuestrxs acupunturistas han completado un programa de maestría y tienen autorización del estado de Nueva York. En esta práctica sólo se utilizan agujas estériles y desechables. Los métodos del tratamiento pueden incluir, pero no se limitan a, la acupuntura, la moxibustión, las ventosas, *Gua Sha*, la estimulación eléctrica, *tui na* (masaje chino), y fórmulas herbarias chinas u occidentales, y la consejería nutricional según la medicina china. La acupuntura es un método de tratamiento seguro, pero puede tener efectos secundarios que incluyen moretones, adormecimiento u hormigueo cerca de los sitios del pinchón de la aguja que pueden durar unos pocos días, y mareos o desmayos. Los moretones representan un efecto secundario común de las ventosas y del *Gua Sha*. Las quemaduras superficiales leves son un efecto secundario posible de la moxibustión. Los riesgos extremadamente poco comunes de la acupuntura incluyen neumotórax y perforación de órganos. No espero que lx acupunturistx pueda anticipar y explicar todos los riesgos y las posibles complicaciones del tratamiento y deseo confiar en lx acupunturistx para que ejerza su mejor juicio durante el curso del tratamiento que elija lx acupunturista, según la información que

conozca en ese momento, que esté en mi mejor interés. Entiendo que los resultados no están garantizados, pero que mi médico trabajará conmigo para lograr mis metas de salud, lo máximo posible según su habilidad y capacitación.

Las hierbas y los suplementos nutricionales (de las fuentes vegetales, minerales y animales) recomendadxs por nuestrxs herbolarixs entrenadxs se consideran tradicionalmente segurxs en las tradiciones orientales y occidentales, aunque algunas pueden ser tóxicas en grandes dosis. Entiendo que las hierbas necesitan ser consumidas de acuerdo con las instrucciones y que algunas hierbas pueden tener un sabor u olor desagradable. Le notificaré inmediatamente a lx acupunturistx de cualquier efecto secundario desagradable, como malestar gastrointestinal o erupciones de la piel. Entiendo que algunas hierbas pueden ser inapropiadas durante el embarazo y le notificaré a lx herbolarix que me atiende si estoy embarazada. Con respecto a los resultados, los síntomas de la persona se alivian generalmente después del tratamiento. Si no cambian, se necesita más tratamiento u otro tipo de tratamiento. No es poco común que un síntoma empeore después del tratamiento en la medida en que la energía se mueva a través del área de la obstrucción. Después, una vez la energía se mueva libremente, sigue un alivio significativo.

Los tratamientos de masajes ofrecidos por lxs terapistas de masaje capacitadxs y licenciadxs se utilizan con el fin de reducir el estrés y el dolor, aliviar la tensión muscular, aumentar la circulación y para otras razones relacionadas con la salud. Nuestrxs terapistas ofrecen masajes suecos, masajes profundos de tejidos y masajes médicos, el *shiatsu*, trabajo de cuerpo tailandés, tui na, masaje de piedras calientes y masajes prenatales. La ley del estado de NY requiere que lxs clientes de masaje estén debidamente cubiertxs en todo momento. Sus genitales nunca serán expuestxs o tocadxs. Los masajes de tejido profundo del cuerpo entero, suecos y médicos consisten generalmente en destapar un área del cuerpo, como la pierna, y dejar todas las otras áreas cubiertas con una manta. El masaje de lx terapeuta será suave y le mantendrá informadx sobre las áreas de su cuerpo que va a ir tocando. El trabajo de cuerpo tailandés y el *shiatsu* se experimentan completamente vestidxs con prendas holgadas y cómodas. Tendrá la oportunidad de dar comentarios a su terapeuta. Los estilos de masajes varían. Tendrá tiempo antes de cada sesión para repasar sus metas y preocupaciones con su terapeuta.

Las sesiones privadas de yoga permiten que lxs instructorxs trabajen uno a uno con lxs estudiantes. El yoga contemporáneo (asana) es una serie de prácticas que se desarrollaron en lo que se conoce como la región índica y África Oriental hace varios miles de años. El objetivo del yoga es acercarse a la autorrealización practicando un sistema de ejercicios de respiración, mantra y ejercicios físicos en un estado meditativo intencional. Mientras que el yoga está históricamente conectado a la religión hindú y la espiritualidad, es importante entender que cualquier persona puede practicar el yoga sólo por sus beneficios físicos y de salud, inclusive el dolor y el alivio. Todas las personas que practican yoga son consideradas yoguis sin importar la edad, el nivel de experiencia, la flexibilidad o la fuerza. Tendrá tiempo antes de cada sesión para hablar con su instructorx; la alfombra y los accesorios se proporcionarán según sea necesario.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso contiene información importante sobre las prácticas de privacidad de nuestra clínica. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente.

¿Qué es este aviso?

La clínica de acupuntura *Third Root Acupuncture and Massage PLLC (Third Root Community Health Center)* debe recopilar, mantener y usar la información personal no pública (IPNP) de los pacientes antes de proveerles nuestros servicios. Consideramos esta información privada y confidencial y contamos con políticas y procedimientos para proteger la información contra el uso y la divulgación ilegal. Este aviso describe qué tipos de información recolectamos, explica cuándo y con quién podemos divulgarla, y proporciona importante información adicional sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. También describe sus derechos de acceso y control de su IPNP. *Third Root* debe cumplir con los términos de este aviso. Sin embargo, podemos modificar los términos de este aviso en cualquier momento, y el nuevo aviso entrará en vigor para toda la IPNP en nuestra posesión en el momento del cambio, y toda información que manejemos por consiguiente. La información recolectada por nuestra oficina es usada, mantenida y protegida por la ley federal, la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). Nuestra oficina no divulga a nadie la IPNP, excepto con su autorización, o de otra manera según permitido por la ley antedicha. Si cree que sus derechos de privacidad bajo la ley HIPAA han sido violados, puede enviar una queja por escrito a la oficina de privacidad de esta clínica, *Third Root Acupuncture and Massage PLLC/Third Root Community Health Center*, 380 Marlborough Road, Brooklyn, NY 11226. También puede quejarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No habrá represalias por presentar una queja.

¿Qué es la "información personal no pública" (IPNP)?

La información personal no pública es información que le identifica como individuo y se relaciona con su participación en el tratamiento, su salud o condición física o mental, la provisión del tratamiento o atención médica, o el pago al centro por la prestación de servicios.

¿Cómo protege la clínica la IPNP de sus pacientes?

- Limitamos el acceso a la IPNP a los miembros de nuestra fuerza laboral (empleados, voluntarios y aprendices) que necesitan proporcionarle cuidado de servicios o emprenden tareas de operaciones en nuestra clínica.
- Mantenemos protecciones físicas y procedimientos para proteger su información contra el acceso y uso no autorizados.
- Hemos asignado un oficial de privacidad que tiene la responsabilidad general de desarrollar procedimientos de privacidad, educar a nuestra fuerza laboral y supervisar la implementación y aplicación de las políticas y los procedimientos para proteger su información médica contra el acceso, el uso y la divulgación inapropiada, de acuerdo con la ley correspondiente. Puede ponerse en contacto con el oficial de privacidad, *Third Root Acupuncture and Massage PLLC/Third Root Community Health Center*, 380 Marlborough Rd. Brooklyn, NY 11226 o llamando a 718.940.9343.

¿Cómo esta clínica utiliza la IPNP y con qué propósito?

Tratamiento: Podemos utilizar o divulgar la IPNP para proveer los servicios y el tratamiento que requiere o que solicita. También se nos permite divulgar esta información dentro de y entre nuestra fuerza laboral para lograr el mismo proceso. Sin embargo, estamos bajo la obligación de limitar al mínimo dichos usos o divulgaciones requeridas para brindar esos servicios o completar estas actividades. Algunos ejemplos de la divulgación relacionada con el servicio incluyen: provisión, coordinación o gestión de la atención de salud y los servicios conexos por parte de proveedorxs de atención médica; consulta entre proveedorxs de atención médica relacionadxs con el paciente; traslado de el paciente para el cuidado médico de un proveedor de atención médica a otro.

Operaciones de atención médica: Podemos también utilizar y divulgar la IPNP para realizar operaciones del cuidado médico. Esto es necesario para cerciorarse de que todos nuestros pacientes reciben una atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar y revelar la IPNP para lo siguiente: revisar nuestros tratamientos y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal y de aspirantes; desarrollar guías clínicas; informar a pacientes de las alternativas a los tratamientos; dirigir casos y coordinar atención y cuidado, así como llevar a cabo actividades administrativas generales, como el servicio a la clientela.

¿Cuáles usos y divulgaciones no requieren su autorización?

A continuación, presentamos algunos ejemplos de circunstancias bajo las cuales se nos permite por ley utilizar o divulgar su IPNP sin su autorización:

Asociadxs de negocios: Podemos contratar a personas y organizaciones externas que realizan servicios de negocios para nosotros, tales como la facturación, los consultorxs de negocios, las organizaciones de acreditación, los revisorxs de garantía de calidad, los contadorxs o los abogadxs. En ciertas circunstancias, es posible que necesitemos compartir su información con un asociad de negocios para que pueda realizar un servicio en nuestro nombre. Nuestra clínica limitará la divulgación de información a un asociad de negocios y una mínima cantidad de información necesaria para que el asociad de negocios pueda realizar servicios para nosotros. Además, tendremos un contrato escrito en su lugar con el asociad de negocios que requiere que proteja la privacidad de su información.

Según requerido por ley: Divulgaremos la IPNP cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local. Podemos divulgar la IPNP a las autoridades de salud pública que estén autorizadas por ley para recolectar la información con el fin de:

- * Reportar maltrato o negligencia infantil
- * Notificar a los organismos gubernamentales y las autoridades competentes sobre posible abuso o negligencia de un paciente adulto (inclusive violencia doméstica)
- * Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- * Notificar a una persona sobre el posible riesgo de propagación o contracción de una enfermedad o afección
- * Reportar reacciones a drogas o problemas con productos o dispositivos
- * Notificar si un producto o dispositivo que podemos estar usando ha sido retirado
- * Notificar a su empleador en circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo o vigilancia médica

Actividades de supervisión de atención médica: Podemos divulgar la IPNP a una agencia de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por ley. Las actividades de supervisión pueden incluir las siguientes: investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas,

licencias y acciones disciplinarias, procedimientos o acciones civiles administrativas y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno supervise el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles y el sistema de atención de salud en general.

Demandas y pleitos: Podemos usar y divulgar la IPNP en respuesta a una orden judicial o administrativa, si está involucradx en una demanda o un procedimiento similar. También podemos divulgar su IPNP en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte involucrada en la disputa, pero sólo si hemos hecho un esfuerzo por informarle de la solicitud u obtener una orden judicial que proteja la información que la parte haya solicitado.

Aplicación de la ley: Podemos divulgar la IPNP si la solicitado unx agente de la ley como parte de una actividad de aplicación de la ley, en investigaciones de conducta criminal en nuestra compañía o de las víctimas de un delito, en situaciones de emergencia para denunciar un delito (inclusive la ubicación de la(s) víctima(s) de un crimen o la descripción, identidad o ubicación de lx autorx); o cuando lo exija la ley.

Graves amenazas a la salud o la seguridad: Podemos utilizar y divulgar su IPNP cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otra persona, o la del público. Bajo estas circunstancias, sólo haremos revelaciones a una persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Militar: Podemos utilizar y divulgar la IPNP si es un miembro de las fuerzas militares de EE.UU. o del extranjero (inclusive veteranxs) y si está requerido por las apropiadas autoridades militares del comando.

Compensación a lxs trabajadorxs: Podemos compartir la IPNP para la compensación de trabajadorxs o programas similares.

Los derechos que rigen la información que recopilamos, utilizamos y mantenemos:

Su derecho a inspeccionar y copiar: Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la IPNP que mantenemos y tenemos en nuestra posesión, inclusive los archivos de los tratamientos y facturaciones. Si solicita copias, podemos cobrarle por los costos de copia, correo, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Para inspeccionar y copiar la IPNP, debe enviar su solicitud por escrito a *Third Root*, PLLC, 380 Marlborough Rd. Brooklyn, NY 11226. La ley le otorga el derecho a inspeccionar y obtener copias de su IPNP, contenida en los archivos, excepto: notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable de, o para uso en, una acción o un procedimiento civil, penal o administrativo, información de salud mantenida por nosotrxs en la medida que la disposición del acceso a usted estaría prohibida por ley. Intentaremos razonablemente acomodar cualquier solicitud de IPNP, excluyendo toda información para la cual tengamos motivo para negarle acceso. Al negarle una solicitud, proporcionaremos una denegación por escrito que especifique la base legal para la denegación, una declaración de sus derechos y una descripción de cómo puede presentar una queja con nosotrxs.

Su derecho a enmendar o corregir la IPNP: Si siente que cualquier IPNP que tenemos sobre usted no es correcta o está incompleta, puede pedirnos que corrijamos o enmendemos la información. Guardamos su información por siete años. Tiene el derecho de solicitar una enmienda en ese periodo. Para solicitar una enmienda, envíe su solicitud y la razón que respalda su solicitud, por escrito, a la dirección provista a continuación. Nuestra oficina tiene el derecho de negarle su solicitud de una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón que respalde su solicitud. Además, podemos negarle su solicitud de una enmienda que:

- No fue creada por nosotrxs
- No es parte de la información médica que mantenemos
- No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar
- Es exacta y completa

Su derecho a una contabilidad de divulgaciones: Una contabilidad de las divulgaciones que hemos hecho, en su caso, de su IPNP. Tiene el derecho de solicitar una contabilidad de las divulgaciones hechas por nosotrxs. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos a los que se realizan para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y asistencia sanitaria, tal como se describe en este aviso. También excluye las comunicaciones de la IPNP hechas para usted o las divulgaciones autorizadas por usted. Su solicitud debe hacerse por escrito y declarar un período de tiempo que no se extienda por más de seis años. Podemos cobrar por los costos de proveer la lista. Le notificaremos de los costos involucrados y puede optar por retirar o modificar su solicitud, antes de que se incurran los costos.

Su derecho a recibir comunicaciones de la IPNP por medios alternativos o en lugares alternativos: Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su tratamiento y asuntos relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted en el trabajo y no en su casa. Acomodaremos todas las peticiones razonables hechas por escrito.

Su derecho a solicitar restricciones: Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación a la IPNP que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, como se describe en este aviso. También tiene el derecho de solicitar que haya un límite en la información de tratamiento que le divulguemos a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago por su cuidado (como un miembro familiar o unx amigx). Nuestra oficina no tiene la obligación de aceptar su solicitud; sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud hasta que recibamos aviso por parte de usted de que ya no desea que apliquemos la restricción. Cualquier solicitud de restricción con respecto a nuestro uso y divulgación de su IPNP debe hacerse por escrito a la dirección provista a continuación. Su solicitud debe describir de manera clara y concisa: a) la información que desea restringir; b) si solicita limitar nuestro uso, divulgación o ambos; c) y a quién desea que le apliquemos los límites.

Su derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones: Obtendremos su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no sean identificados por este aviso o permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su IPNP puede ser revocada en cualquier momento por escrito a la dirección provista a continuación. Después de revocar su autorización, ya no usaremos o divulgaremos su IPNP para el propósito descrito en la autorización, excepto bajo las siguientes circunstancias: hemos tomado acción con base en su autorización antes de recibir la revocación por escrito.

Su derecho a obtener una copia en papel de este aviso: Tiene el derecho de obtener, en cualquier momento, una copia en papel de este aviso de las prácticas de privacidad, comunicándose con nuestra oficina: