

POR FAVOR COMPLETE Y REVUELVE



Physicians Free Clinic
Voluntary Care Network

**Voluntary Care Network
La Forma de la Matricula del Cliente**

Nombre _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección _____ **Teléfono (casa)** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Teléfono (alternativo)** _____

Fecha de nacimiento _____ **Sexo** ___M ___F **Número de seguro social** _____

Contacto de Emergencia _____
(Nombre) (Relación) (Teléfono)

Estado Civil: ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Soltero/a ___ Viudo/a
¿Si está casado, su esposo/a vive con usted en la casa? ___ sí ___ no

¿Tiene Empleo? ___ sí ___ no **Lugar de empleo** _____

Raza: (Escoge una por favor)

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| ___ africano/a | ___ hispano/a o latino/a |
| ___ afro-americano/a | ___ japonés/a |
| ___ afro-somalí | ___ coreano/a |
| ___ indígena de las américas | ___ nativo/a de alaska |
| ___ asiático/a | ___ indígena hawaiano/a |
| ___ indígena asiático/a | ___ ruso/a |
| ___ caucásico/a | ___ samoano/a |
| ___ chino/a | ___ español/a |
| ___ filipino/a | ___ vietnamita |
| ___ guayanés/ comoros | ___ otro _____ |

¿Cuando usted visita al médico, necesita ayuda en hablar y entender el inglés? ___ sí ___ no

¿Es inglés su primer idioma? ___ sí ___ no **Si no, cual es su primer idioma** _____

Por favor conteste a todas las preguntas marcando un [x] en la caja al lado de la respuesta correcta Las preguntas no contestadas pueden retrasar su proceso de matriculación del programa

- 1 ¿Usted tiene seguro médico presentemente? sí no
Si usted tiene seguro, cual es:
 Medicaid Medicare Beneficios de Veterano Seguro Médico Privado
- 2 ¿Usted es un veterano? sí no
- 3 ¿Esta herida está relacionada con su trabajo o tiene usted un caso de compensación de trabajadores (workers compensation)? sí no
- 4 ¿Hay una demanda legal anticipada en relación con esta herida o enfermedad? sí no
- 5 ¿Es usted un padre/madre o tutor legal de niños menos de 18 años que viven con usted? sí no
¿Si contesta sí, cuantos? _____
- 6 SOLO MUJERES: ¿Está usted embarazada? sí no
- 7 ¿Ha sido problemas con la vista el año pasado? sí no
- 8 ¿Si usted tiene diabetes o alta presión, ha pasado más de un año después de su última revisión de la vista? sí no
- 9 ¿En su familia, cual es su ingreso bruto mensual? \$ _____/mes

La familia lo incluye a usted, su esposo o esposa y los niños. Su Ingreso incluye cualquier dinero que ganaron las personas de su familia en cualquier lugar tal y como su sueldo, empleado por si mismo, Seguro Social (SSI), Seguro Social Suplemental (SSDI), estampillas de alimentos, pensión de veteranos, compensación de trabajadores, manutención de esposas o manutención de menores. Mire la información abajo para ver si usted cualifica por su ingreso.

**** Si usted ha solicitado o aplicado para Medicaid, beneficios veteranos o Medicare y se lo negaron, por favor envíenos una copia de la carta de denegación junto con esta aplicación.**

Tamaño de familia	1	2	3	4	5	6	7	8	Añade para cada persona mas en su familia
Ingreso mensual	\$1,805	\$2,428	\$3,052	\$3,675	\$4,298	\$4,922	\$5,545	\$6,168	
Ingreso anual	\$21,660	\$29,140	\$36,620	\$44,100	\$51,580	\$59,060	\$66,540	\$74,020	\$3,740

Tabla del Ingreso

Ejemplo: Si usted tiene un tamaño de familia de 4 y su ingreso mensual es igual o menos de \$3,675, usted es elegible para el programa

- 10 ¿En los últimos 12 meses, cuantas veces ha sido usted un paciente en la sala de emergencia de un hospital? _____
- 11 ¿En los últimos 12 meses, ha tenido usted un lugar o una persona que usted considera como su doctor personal o proveedor de servicios de salud? si no Si contestó sí, ¿dónde? _____
- 12 ¿En los últimos 12 meses, que difícil ha sido conseguir los servicios de salud que usted ha necesitado?
 Muy difícil Un poco difícil Un poco fácil Bien fácil No necesité servicios en los últimos 12 meses
- 13 ¿En general, como ha estado su salud en las últimas 4 semanas?
 Excelente Muy Buena Buena Regular Pobre Muy Pobre

14. Durante **las 4 semanas pasadas**, ¿cuánto lo limitaron a usted sus problemas físicos a hacer sus actividades físicas usuales, (tal y como caminar y subir escaleras)?
- Nada Muy poco Un poco Bastante No pude hacer actividades físicas
15. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánta dificultad tuvo usted en hacer sus tareas diarias en la casa y fuera de la casa debido a su salud?
- Ninguna Un poquito Alguna Bastante No pude hacer mis tareas diarias
16. ¿Qué cantidad de dolor en el cuerpo ha tenido usted durante las **últimas 4 semanas**?
- Ninguno Muy poquito Un poco Moderado Severo Muy Severo
17. ¿Durante las **últimas 4 semanas**, cuánta energía tenía usted?
- Muchísima Bastante Alguna Un poquito Ninguna
18. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto su salud física o sus problemas emocionales limitaron sus actividades sociales usuales con su familia y sus amigos?
- Nada Muy poco Un poco Bastante Extremadamente
19. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto le han molestado los problemas emocionales (tal y como sentirse ansioso, deprimido o irritable)?
- Nada Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente
20. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto sus problemas personales o emocionales evitaron que usted hiciera su trabajo usual, pudiera ir a la escuela o hiciera sus otras actividades diarias?
- Nada Muy poco Un poco Bastante No pude hacer actividades diarias
21. **Comparado con un año atrás**, cómo encuentra su salud en general ahora?
- Mucho mejor que un año atrás
 Un poco mejor ahora que un año atrás
 Igual que un año atrás
 Un poco peor ahora que un año atrás
 Mucho peor ahora que un año atrás

22. ¿Como aprendiste de Voluntary Care Network? _____

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

***** SU SOLICITUD NO ESTÁ COMPLETA *****

De vuelta a la página (Página 4) para LEER y FIRMAR el “Acuerdo del Cliente” Si no firma el “Acuerdo del Cliente” podrían haber demoras en procesar su solicitud

Consentimiento del Cliente

Descripción del Programa

HealthColumbus están proveyendo sus servicios para ayudarle a conseguir buena salud y mantenerla Voluntary Care Network le ayudará establecer un hogar médico Un hogar médico es un lugar en donde usted recibe asistencia médica continua La mayoría de los servicios se ofrece en ningún costo a usted y algunos servicios serán proporcionados basados en su ingreso

General

Usted va a estar de acuerdo con lo siguiente:

1. No hacer citas con cualquier médico, clínica, u hospital con excepción de los que le han referido
2. Siga su plan de tratamiento, por ejemplo: reciba las medicinas recetadas y tómenlas según lo dirigido
3. Provea puntualmente cualquier información necesaria para el programa
4. Permita que toda la información con respecto a su participación en este programa sea compartida con otros individuos, organizaciones y agencias solamente por la discreción de Voluntary Care Network
5. Mantenga contacto inmediato con Voluntary Care Network si su ingreso cambia o si usted es cubierto por Medicare, Medicaid, seguro privado, u otro seguro médico o beneficios médicos
6. Aplique para el Medicaid u otros programas de asistencia a petición de Voluntary Care Network
7. Mantenga contacto inmediato con Voluntary Care Network con cualquier cambio en su dirección o número de teléfono
8. Todos los niños menos de 18 años de edad deben ser acompañados por su padre, madre o guardián a todas las citas

Citas

Usted va a estar de acuerdo con lo siguiente:

1. Mantener cada cita médica (Si usted falta dos citas sin avisar a Voluntary Care Network por lo menos 24 horas antes de su cita, usted podría ser excluido del programa)
2. Llenar todas las formas que le dan en sus citas médicas
3. Llenar las formas del Programa de cuidado de Salud Garantizado(HCAP) si usted necesita ir al hospital por unos servicios
4. Presentar su tarjeta de identificación de Voluntary Care Network cada vez que va a ver a un médico o a un proveedor de salud
5. Llamar al Voluntary Care Network para hacer citas médicas
6. Llamar al Voluntary Care Network si su médico primario o proveedor de salud quisiera hacer otras citas para usted

Asistencia de Cuentas Médicas

Usted entiende que:

- Es muy importante a mandar cualquier cuenta médica que usted recibe a Voluntary Care Network para que nosotros podemos resolverlas rápidamente
- Es muy importante a llenar las formas del Programa de cuidado de Salud Garantizado(HCAP) cuando usted está recibiendo servicios en un hospital

Asistencia de Medicación

Usted entiende que:

- Es muy importante que usted reciba y tome su medicamento como ordenado
- VCN le asistirá en la obtención de sus medicaciones para un co-pago nominal **por medicinas aprobadas solamente**

Asistencia de Transportación

- VCN le asistirá a conseguir servicios de transportación cuando es necesario
- Los servicios del transporte deben ser utilizados para las citas relacionadas solamente con VCN
- El abuso de los servicios de transportación puede resultar en la pérdida de privilegios del transporte

Para asegurarse de que Voluntary Care Network pueda darle el mejor cuidado, hay reglas que usted necesita saber **Voluntary Care Network no cubre los costos de la sala de emergencia**, la ambulancia o los servicios de provisiones medicales Por favor, darse cuenta que VCN no es un programa del gobierno o un "derecho" Sus responsabilidades en este programa, la asistencia disponible u otras condiciones del programa pueden cambiar en cualquier momento Reservamos el derecho de revisar lo que usted nos ha dicho y exigir que pague cualquier asistencia que pudo haber recibido basado en la información inexacta que usted proveyó Nuestra asistencia puede terminar en cualquier momento, por cualquier razón

Si firma aquí, usted confirma que entiende y está de acuerdo con las condiciones mencionadas arriba

Firma del Miembro _____

Fecha _____

Si tiene preguntas llame:

Voluntary Care Network al 614-884-2441

POR FAVOR COMPLETE Y REVUELVE A Voluntary Care Network, 431 E. Broad Street, Columbus, Oh 43215



Consentimiento del Cliente

Descripción del Programa

Voluntary Care Network (VCN) están proveyendo sus servicios para ayudarle a conseguir buena salud y mantenerla VCN le ayudará establecer un hogar médico. Un hogar médico es un lugar en donde usted recibe asistencia médica continua. La mayoría de los servicios se ofrece en ningún costo a usted y algunos servicios serán proporcionados basados en su ingreso.

General

Usted va a estar de acuerdo con lo siguiente:

1. No hacer citas con cualquier médico, clínica, u hospital con excepción de los que le han referido
2. Siga su plan de tratamiento, por ejemplo: reciba las medicinas recetadas y tómenlas según lo dirigido
3. Provea puntualmente cualquier información necesaria para el programa
4. Permita que toda la información con respecto a su participación en este programa sea compartida con otros individuos, organizaciones y agencias solamente por la discreción de Voluntary Care Network
5. Mantenga contacto inmediato con Voluntary Care Network si su ingreso cambia o si usted es cubierto por Medicare, Medicaid, seguro privado, u otro seguro médico o beneficios médicos
6. Aplique para el Medicaid u otros programas de asistencia a petición de Voluntary Care Network
7. Mantenga contacto inmediato con Voluntary Care Network con cualquier cambio en su dirección o número de teléfono
8. Todos los niños menos de 18 años de edad deben ser acompañados por su padre, madre o guardián a todas las citas

Citas

Usted va a estar de acuerdo con lo siguiente:

1. Mantener cada cita médica (Si usted falta dos citas sin avisar a Voluntary Care Network por lo menos 24 horas antes de su cita, usted podría ser excluido del programa)
2. Llenar todas las formas que le dan en sus citas médicas
3. Llenar las formas del Programa de cuidado de Salud Garantizado(HCAP) si usted necesita ir al hospital por unos servicios
4. Presentar su tarjeta de identificación de Voluntary Care Network cada vez que va a ver a un médico o a un proveedor de salud
5. Llamar al Voluntary Care Network para hacer citas médicas
6. Llamar al Voluntary Care Network si su médico primario o proveedor de salud quisiera hacer otras citas para usted

Asistencia de Cuentas Médicas

Usted entiende que:

- Es muy importante a mandar cualquier cuenta médica que usted recibe a Voluntary Care Network para que nosotros podemos resolverlas rápidamente
- Es muy importante a llenar las formas del Programa de cuidado de Salud Garantizado(HCAP) cuando usted está recibiendo servicios en un hospital

Asistencia de Medicación

Usted entiende que:

- Es muy importante que usted reciba y tome su medicamento como ordenado
- VCN le asistirá en la obtención de sus medicaciones para un co-pago nominal **por medicinas aprobadas solamente**

Asistencia de Transportación

- VCN le asistirá a conseguir servicios de transportación cuando es necesario
- Los servicios del transporte deben ser utilizados para las citas relacionadas solamente con VCN
- El abuso de los servicios de transportación puede resultar en la pérdida de privilegios del transporte

Para asegurarse de que Voluntary Care Network pueda darle el mejor cuidado, hay reglas que usted necesita saber **Voluntary Care Network no cubre los costos de la sala de emergencia**, la ambulancia o los servicios de provisiones medicales. Por favor, darse cuenta que VCN no es un programa del gobierno o un "derecho". Sus responsabilidades en este programa, la asistencia disponible u otras condiciones del programa pueden cambiar en cualquier momento. Reservamos el derecho de revisar lo que usted nos ha dicho y exigir que pague cualquier asistencia que pudo haber recibido basado en la información inexacta que usted proveyó. Nuestra asistencia puede terminar en cualquier momento, por cualquier razón.

Si tiene preguntas llame:

Voluntary Care Network al 614-884-2441

VOLUNTARY CARE NETWORK

NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENERLA, POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE

Esta Notificación menciona las maneras en que Voluntary Care Network, Inc ("VCN") puede utilizar y revelar su información médica También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y al acceso de su información médica

VCN está requerido por la ley de mantener la privacidad de su información de salud, para darle y notificarle de nuestras prácticas privadas en respecto a su información médica, y seguir con los términos de esta Notificación Esta Notificación se aplica a todos los archivos de su cuidado generado y mantenido por VCN VCN compartirá su información médica internamente para llevar a cabo su tratamiento, y obtener o proveer el pago para los servicios proporcionados que usted utilizó o para la función de VCN

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las categorías siguientes describen distintas maneras que VCN pueda utilizar y revelar su información médica Por lo tanto, estos son ejemplos, y no todos que son permitido y revelados son mencionados

Para Tratamientos VCN puede utilizar su información médica y registrarle en la Red de VCN para proveer tratamiento médico o servicios Podemos revelar su información médica a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros aprendices, u otro personal de VCN que está envuelto en su cuidado Diferentes personas de VCN pueden compartir su información médica para hacer citas y coordinar los distintos servicios que usted necesita, por ejemplo, recetas, trabajo del laboratorio y radiografías Podemos también revelar su información médica a gentes fuera de VCN que pueden estar envuelto en su asistencia médica, como médicos envueltos en su cuidado, miembros de la familia, clero u otras entidades relacionadas con su cuidado médico, como hospitales o facilidades de enfermerías con los cuales usted recibirá tratamiento

Para Pagos Cuando es aplicable, VCN puede utilizar y revelar su información médica para pagar por el tratamiento y los servicios que usted recibe por VCN Por ejemplo, podemos revelar su información médica a otros proveedores de servicios médicos, como farmacias, para que puedan mandar la cuenta a VCN y pagar los servicios médicos que le proveyeron

Para Operaciones del Cuidado de Salud VCN puede utilizar y revelar su información médica en el curso de nuestras operaciones de su cuidado de salud Estos usos y revelaciones son necesarios en la función de VCN para asegurar que los individuos registrados en la Red de VCN reciban una buena calidad de cuidado salud Por ejemplo, podemos utilizar la información médica para revisar el tratamiento y los servicios proveídos, y para evaluar el funcionamiento de los médicos que están envueltos en su cuidado y participan en la Red Podemos también revelar la información médica a los doctores, las enfermeras, los técnicos, los estudiantes médicos y enfermerías, y otro personal de VCN para hacer revisiones del programa y para propósitos de aprendizaje Podemos también proveer la información médica a otros proveedores del cuidado de salud que tengan una relación con usted y que necesitan la información para sus propias operaciones del cuidado de salud

Recordatorios de la Cita Podemos utilizar y revelar su información médica para recordarle que usted tiene una cita para un tratamiento o cuidado médico

Tratamientos Alternativos Podemos utilizar y revelar su información médica para decirle detalles de la cita o para recomendar opciones posible para tratamiento o alternativas que pueden ser de interés

Beneficios y Servicios Relacionados con Su Salud Podemos utilizar y revelar su información médica para decirle sobre los beneficios o servicios relacionados con su salud que pueden ser de interés

Individuos Envueltos o Interesados en su Cuidado Podemos dar su información médica a un amigo o miembro de la familia, en tanto que este envuelto en el tratamiento o pago de su cuidado de salud Podemos también revelar su localización y condición para notificar un miembro de la familia o un representante personal que está envuelto en su cuidado Podemos también revelar su información en un auxilio de víctimas de catástrofe para poder notificar su familia sobre su condición y localización

Investigaciones Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y revelar la información médica sobre usted para los objetivos de la investigación Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación Este proceso evalúa un proyecto de

investigación propuesto y el uso de la información médica, en tratando de balancear las necesidades de la investigación con la necesidad de los individuos a obtener su privacidad en su información médica

Requerido por la Ley Revelamos su información médica cuando está requerido por la ley federal, del estado o local Por ejemplo, la ley de Ohio nos requiere reportar balazos y puñaladas así como heridas de quemaduras

Para Prevenir Problemas Serios con su Salud y Seguridad Nosotros podemos usar y revelar su información clínica de su salud cuando es necesario para prevenir algo serio que puede afectar su salud y seguridad o del público o de otra persona

Donación de Órgano o Piel Si usted es un donador de órgano, nosotros podemos dar la información de su salud a la organización que procura el órgano o la trasplantación o para el banco de órgano, como sea necesario para facilitar la donación del órgano o piel y la trasplantación

Compensación de Trabajadores Nosotros podemos revelar la información clínica de usted para la compensación de trabajadores o programas similares que proveen los beneficios para trabajadores en relación a las heridas y enfermedades

Actividades de Salud Pública Nosotros podemos revelar la información clínica para actividades de salud pública como prevenir o controlar las enfermedades, heridas, o discapacidad; reportando nacimientos o muertes; reportando abuso de niños o negligencia; y, reportando reacciones de medicinas o problemas con productos y cumplir con los requisitos del U S Food and Drug Administration (Administración de Medicina y Comida de los Estados Unidos)

Actividades Supervisadas de Salud Nosotros podemos revelar la información clínica a una agencia supervisadora de actividades de salud que son permitida como auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciaturas o acciones disciplinarias Estas revelaciones pueden ser necesarias para algunas agencias federales y del estado para controlar el sistema de cuidado de salud, programas del gobierno y cumplimiento de las leyes de los derechos civiles

Pleitos y Conflictos Nosotros podemos revelar la información clínica de usted en repuestas de Órdenes de la Corte, Órdenes Administradora y ciertas citaciones de pruebas

Ejecución de Leyes Nosotros podemos revelar la información clínica a un oficial de ejecución de leyes de una muerte si creemos que fue de un resultado de conducto criminal; sobre conducto criminal en VCN; y, en circunstancias de emergencias, para reportar un crimen, la localización de un crimen o una víctima, o la identificación, descripción o localización de una persona que cometió el crimen

Oficial Encargado de Investigar Muertes Sospechosas, Médico de Forense y Directores de Funerarias Nosotros podemos revelar la información clínica al pesquisidor o al examinador de médico Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona muerta o para determinar la causa de una muerte Nosotros también podemos revelar la información clínica de los individuos que están registrados con VCN a los directores de funerarias como es necesario para estos individuos a continuar con sus obligaciones

Militar y Veteranos Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podemos revelar la información clínica a las autoridades militares cuando son autorizadas También nosotros podemos revelar la información clínica del personal militar extranjero a las apropiadas autoridades extranjeras

Seguridad Nacional y Actividades de la Inteligencia Nosotros podemos revelar su información clínica a las autoridades oficiales federales para la inteligencia y otras actividades de la seguridad nacional que están autorizadas por la ley

Servicios Protegedores para el Presidente y Otros Nosotros podemos revelar la información clínica a los oficiales federales para proveer protección al Presidente, otras personas autorizadas o líderes extranjeros del estado o que conducen investigaciones especiales

Presos Si usted es un preso de una institución correccional o esta bajo custodia del oficial de la ejecución de leyes, nosotros podemos revelar la información clínica de usted a la institución correccional o el oficial de la ejecución de leyes

OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN CLÍNICA: Otros usos y revelaciones de su información clínica que no son cubierta por esta Notificación o requerida por las leyes que aplican a VCN, será hecho por un permiso escrito (su permiso escrito es referido como una Autorización) Si usted proveer su permiso para el uso o revelar su información clínica, usted puede revocar el permiso escrito en cualquier tiempo Si usted revoca su permiso, nosotros no vamos a usar o revelar su información clínica por las razones indicadas en la Autorización escrita Usted entiende que nosotros no podemos recibir las revelaciones que hicimos anterior ante de recibir su notificación escrita revocando su autorización

SUS DERECHOS EN REFERENCIA A LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE USTED: Usted tiene los siguientes derechos en referencia a la información clínica que nosotros mantenemos de usted:

Derechos para Hacer Copias e Inspeccionar Usted tiene derecho para inspeccionar y obtener copias de su información clínica. Esto incluye su archivo de cuenta y clínica pero no incluye notas de psicoterapia. Si usted pide por una copia de su información, nosotros le podemos cobrar una cantidad para el costo de hacer copias, enviar por el correo u otras provisiones asociados con su repuesta.

Para inspeccionar o obtener una copia de su información clínica, usted tiene que someter una repuesta escrita a Voluntary Care Network, Inc, 431 E. Broad Street, Columbus, Ohio 43215, Attention: Privacy Oficial

Nosotros podemos negar su repuesta en algunas circunstancias Si usted es negado acceso a su información clínica, usted puede pedir que su repuesta sea revisada. Otra persona profesional y licenciada del cuidado de salud será escogida por VCN para revisar su repuesta y negación. La persona conduciendo la revisa no será la misma persona que negó la repuesta al principio. Nosotros cumplimos con el resultado de la revisa. Además, si la repuesta para acceso es negada, VCN proveerá una copia de su información clínica a su practicante que usted designa en su repuesta.

Derecho para Enmendar Si usted siente que la información clínica que tenemos es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos para enmendar su información. Usted tiene derechos para solicitar por una enmienda durante el tiempo que mantenemos la información en VCN.

Para pedir por una enmienda de su información clínica, usted tiene que someter una repuesta escrita para enmendar con una razón al Voluntary Care Network Inc., 431 East Broad Street, Columbus, Ohio 43215, Attention: Privacy Oficial

Nosotros podemos negar la repuesta para enmendar si no está escrita o no tiene una razón para soportar la repuesta. Además nosotros podemos negar su repuesta si la información pide:

- (1) No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la información no está disponible para enmendar;
- (2) No es parte de la información clínica que está mantenida por o para VCN;
- (3) No es parte de la información que está permitido para inspeccionar y copiar; o
- (4) Es preciso y completo

Derechos de Contabilidad de las Revelaciones Usted tiene derechos para solicitar para "Contabilidad de las Revelaciones". Esto es una lista de revelaciones que nosotros hemos hecho de su información clínica. Esta lista no va incluir revelaciones que hemos hechos para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. Nosotros no estamos obligados a incluir en esta lista las revelaciones que nosotros hicimos cuando estamos actuando por su Autorización escrita.

Para someter una cuenta, usted tiene que someter una repuesta escrita al Voluntary Care Network, Inc, 431 E. Broad Street, Columbus, Ohio 43215, Attention: Privacy Oficial

Su repuesta tiene que decir un período de tiempo que no sea más de (6) años y no incluye las fechas ante de Abril 14, 2004. La primera contabilidad que usted pide en repuesta entre un período de (12) meses será gratis. Para más contabilidades nosotros le cobramos para el costo de proveer la lista.

Derecho para Requerir Restricciones Usted tiene el derecho para requerir una restricción o limitación de la información clínica que usamos o revelamos de su tratamiento, pagos, u operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene el derecho de requerir la restricción o limitar información clínica que revelamos de usted a la persona que esta envuelta en su cuidado o pago de su cuidado, como un miembro de su familia o amigo.

Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con su repuesta para restricción o limitación. Si nosotros estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con su repuesta a menos que la información es necesaria para proveer tratamiento de emergencia.

Para requerir una restricción, usted tiene que someter su repuesta escrita al Voluntary Care Network, Inc, 431 East Broad Street., Columbus, Ohio 43215, Attention: Privacy Oficial. En su repuesta, usted tiene que decirnos (1) que información usted quiere limitar; (2) como le parezca.

a limitar nuestro uso, revelar o hacer las dos cosas, y (3) a la persona que usted quiere que los límite apliquen, por ejemplo, revelar la información a su esposo/a

Derechos para Requerir Comunicación Confidencial Usted tiene el derecho para pedir que nosotros podamos comunicar con usted sobre asuntos clínicos en una manera o en un lugar. Por ejemplo, usted puede decir que nosotros solamente podemos llamarle en su trabajo

Nosotros acomodamos todas las repuestas razonables Su repuesta tiene que ser específica como donde usted quiere ser notificado

Derechos para una Copia de esta Notificación: Usted tiene derecho para una copia de esta Notificación. Usted puede pedir por una copia de esta notificación en cualquier tiempo

CAMBIOS DE ESTA NOTIFICACIÓN: Nosotros reservamos el derecho de cambiar esta Notificación. Nosotros reservamos el derecho para revisar o cambiar avisos que afectan la información clínica que tenemos de usted, también información que recibiremos en el futuro

PARA MÁS INFORMACIÓN: Para más información de estos asuntos cubiertos en esta Notificación, usted puede llamar el Oficial de Privacidad al (614) 884-2441

QUEJAS: Si usted cree que sus derechos de privacidad fueron violados, usted puede registrar su queja con VCN y con el Secretary of the US Department of Health and Human Services (Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). Para registrar una queja, usted tiene que someterla escrita al:

Voluntary Care Network, Inc
431 East Broad Street
Columbus, Ohio 43215
Attention: Privacy Official

Usted no será penalizado por registrando una queja