

# TRIPP FAMILY MEDICINE

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

## NUEVA INFORMACIÓN DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
Nombre preferido: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Sexo: M F Estado Civil: Casado Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Raza: \_\_\_\_\_  
Padre / cónyuge / Nombre Guardián: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
\* Email: \_\_\_\_\_ \* Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Inicio: ( ) \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ \* Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono (1): \_\_\_\_\_ Teléfono (2): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Responsable de Información Titular del partido / póliza de seguro

(Por favor complete toda la información)

### Seguro primario

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Empleador y Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

### Seguro secundario

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Empleador y Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

Farmacia que usa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

¿A quien podemos agradecer por referir a usted? Nombre: \_\_\_\_\_

sitio web médico de familia amigo Ser Otro evento bandera de la cartelera Periódico Mailer guía telefónica TV Radio

**TRIPP FAMILY MEDICINE**  
**HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE**

**MEDICAMENTOS Y DOSIS** ( Por favor indique el tipo y dosificación )

1. Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis / con qué frecuencia \_\_\_\_\_
2. Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis / ¿con qué frecuencia \_\_\_\_\_
3. Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis / con qué frecuencia \_\_\_\_\_
4. Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis / con qué frecuencia \_\_\_\_\_

**ALERGIAS con las reacciones**

1. Alergia \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_ Severidad \_\_\_\_\_
2. Alergia \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_ Severidad \_\_\_\_\_
3. Alergia \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_ Severidad \_\_\_\_\_

**¿PROCEDIMIENTOS?** Por favor, indique la fecha de su más reciente:

1. PAP: Fecha \_\_\_\_\_
2. Mamografía: Fecha \_\_\_\_\_
3. Colonoscopia: Fecha \_\_\_\_\_
4. Hospitalizació: Fecha \_\_\_\_\_ razón \_\_\_\_\_

**¿CIRUGIAS?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso afirmativo, indique el año ( s ) y tipo ( s ) de cirugía :

1. año \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_
2. año \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_
3. año \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_

¿Ex fumador? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Utiliza el tabaco de mascar o tabaco? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Cuánto por día? \_\_\_\_\_

¿Fuma puros o cigarrillos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_

¿Usted Toma (círcule) de cerveza/vino/licor? ¿Cantidad por día/semana/mes? \_\_\_\_\_ \_\_\_ No

¿Ha utilizado alguna droga ilegal o adictiva? \_\_\_ Si \_\_\_ No Tipo: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA MUJERES— HISTORICAL DE EMBARAZOS** Indican la cantidad en la casilla:

Embarazos totales	<input type="checkbox"/>	término completo	<input type="checkbox"/>	prematureo	<input type="checkbox"/>	aborto inducido	<input type="checkbox"/>
Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/>	ectópico	<input type="checkbox"/>	múltiple nacimiento	<input type="checkbox"/>	hijos vivientes	<input type="checkbox"/>

Fecha de la última menstruación \_\_\_\_\_

# TRIPP FAMILY MEDICINE

## \*CÍRCULO SI MISMO O MIEMBRO DE LA FAMILIA Y LA ENFERMEDAD ESPECIFICA

ENFERMEDAD	SI MISMO MIEMBRO DE LA FAMILIA	ESPECIFICAR ENFERMEDAD
Acné	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Demencia de Alzheimer	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Problemas trastornos hemorrágicos/ Anemia de sangre	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Artritis ( osteo / reumatoide )	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Asma / Bronquitis / EPOC / Enfisema	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Cáncer de ( piel , colon , pulmón , mama, ovario o Otros )	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Depresión / Ansiedad / Otras enfermedades mentales	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Diabetes	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Dependencia de drogas o alcohol	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Ataque del corazón / Angina / Stroke	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Ardor de estómago / ERGE	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Riñón / Enfermedades Hepatitis / Hígado	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Presión alta	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Colesterol alto	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Ulceras, intestinal o estomacales	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Trastornos urinarios	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Osteoporosis	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Trastorno convulsivo	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Trastorno de la piel	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Enfermedad de tiroides	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Tuberculosis	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo
Otros enfermedades (describa )	Madre Padre Hermano Hermana	<b>Paterno</b> Abuela o Abuelo <b>Materno</b> Abuela o Abuelo

*Certifico que la información de la historia clínica anterior es exacta y correcta:*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# TRIPP FAMILY MEDICINE

1411 Fillmore St., Suite #600, Twin Falls, ID 83301

Phone 208-933-4400 Fax 208-933-4401

3/2016

## 1. AUTORIZACION DE TRATAMIENTO:

Autorizo a **Tripp Family Medicine** para proporcionar servicios medicos a mi o mi juridico dependiente, \_\_\_\_\_ . Entiendo que tengo el derecho de rechazar servicios medicos en cualquier momento. Ademas, entiendo que garantias no son dadas por cualquier representante de Tripp Family Medicine en cuanto al resultado de los servicios medicos proporcionado.

Inicales: \_\_\_\_\_

## 2. BENEFICIOS Informacion de autorizacion:

Autorizo **Tripp Family Medicine** para compartir la informacion necesaria con mi seguro medico o con sus agentes con el fin de determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Yo autorizo el pago de los servicios medicos directamente a Tripp Family Medicine. Si cualquier pago se hace directamente a mi, remitire ese pago a Tripp Family Medicine inmediatamente.

Inicales: \_\_\_\_\_

## 3. RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

So yo o \_\_\_\_\_ (garente) (es) la persona financieramente responsable de cualquier deuda en relacion con el servicio proporcionado. Entiendo y estoy de acuerdo en pagar todos los co-pagos y las cantidades debidas por servicios no cubiertos por el seguro de antemano al momento del servicio, (estos servicios pueden incluir visitas despues de las horas normales , las visitas urgentes, visitas extendidas, los procedimientos y las inyecciones).

Entiendo y acepto que, con excepcion lo que manda la ley, estoy obligado a pagar los gastos que no son pagados por mi seguro. Yo soy responsable de todos los costos de la recogida de los dineros adeudados, incluyendo costos judiciales, gastos de recaudacion, gastos de telefono y honorarios de abogado. Saldos no pagados dentro de 90 dias, estoran sujetos a un 15% de interes (APR). Un pago que resulta en un credito menos de \$40 y que no se aplica a un servicio, es reembolsable a mi por solicitud escrita.

Creditos meno de \$40 se llevaran a lo largo de 24 meses y entonces seran renunciado si no se solicita en escritura.

Inicales: \_\_\_\_\_

## 4. POLITICA DE CONTACTO:

Estoy de acuerdo, a fin de atender a mi cuenta(s), incluyendo todas las pasadas, cuento actuals y / o dependientes, o para recoger cualquier que deba por cualquier cuenta pasada o actual (s) **Tripp Family Medicine** o su representante podra ponerse en contacto conmigo por telefono en cualquier numero telefonico, incluyendo numeros de telefono celular, lo que podria resultar en corgos a mi.

Tambien pueden ponerse en contacto conmigo mediante el envoi de mensajes de testo o correos electroicos a cualquier numero telefonico o cuentas de correo electronico. Los metodos de contrcto pueden incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados / artificial y / o el uso o un dipositivo de marcacion automatic, como applicable.

Inicales: \_\_\_\_\_

# TRIPP FAMILY MEDICINE

## 5. ACCESO A LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

- Nadie, aparte de mi, mi seguro y el personal medico autorizado puede discutir mi informacion medica.
- Si, doy permiso a Tripp Family Medicine y la persona (s) que aparece en el Consentimiento para Liberar el acceso Formulario de mi informacion medica privada.

Inicales: \_\_\_\_\_

## 6. CANCELACION Y NO PRESENTARSE:

Se requiere un aviso de cancelacion de 24 horas. No presentarse a la cita puede afectar en gran medida el exito de mi tratamiento y no permite a otros pacientes la oportunidad para recibir cuidado en manera oportuna. Soy consciente de que hay un cargo de \$25 por una cancelacion o no mostrar sin la debida notification, que no esta cubierta por el seguro y sera pagado por mi.

Inicales: \_\_\_\_\_

## 7. HIPAA CONSENTIMIENTO OMNIBUS (Consentimiento para el uso y divulgacion de la informacion sobre salud):

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Privacidad Politicas y Practicas para Tripp Family Medicine. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, yo doy mi consentimiento para que TFM tenga derecho del uso y divulgacion de mi protegida informacion de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de tratamiento de salud.

### DERECHO A REVOCAR

Se requiere una notification escrita de revocacion, y por favor tenga en cuenta que como resultado de la revocacion Tripp Family Medicine podra negarse de atenderme.

Inicales: \_\_\_\_\_

**Yo, (imprimir de en letra ) \_\_\_\_\_,**  
**he leído, entendido, y estoy de acuerdo con los 6 anteriores declaraciones,**  
**ya sea para mi o \_\_\_\_\_,**  
**(dependiente) y se adjerira a las politicas anteriores.**

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

*(Si el consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete la siguiente: )*

Representante Personal Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo de oficina: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TRIPP FAMILY MEDICINE**  
**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL**  
**PROTEGIDA (PHI)**

Este formulario se utiliza para autorizar el consentimiento de Tripp Family Medicine para comunicar la información de salud protegida .

**El paciente cual información se dará a conocer:**

**Nombre :** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Informacion que se entregara:**

La información médica protegida Tripp Family Medicine y sus afiliados mantienen, incluida la salud mental, el VIH, el estado de salud o de sustancias de abuso de los registros relacionados con el área / enfermedad que tratar. Esto también incluye el intercambio de información sobre la farmacia de pedidos por correo, las citas, las finanzas, productos para el bienestar, la salud y los programas con persona autorizada.

Esta información puede ser revelada a, y usada por la persona u organización siguiente (como hogar de ancianos o proveedor de atención) para que me ayude con los productos o servicios Tripp Family Medicine. Entiendo que esta autorización permitirá Tripp Family Medicine y sus afiliados para utilizar o divulgar la información protegida de la salud se ha descrito anteriormente.

**Persona informacion se dara a conocer a:**

**Relacion:** Esposa Hermano Padre/Madre Hijo(a) Agente/Corredor Amigo Organizacion

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Direccion:** \_\_\_\_\_

**Entiendo: Mi consentimiento expira en 24 meses, a menos que lo cancele antes de ese tiempo. Puedo cancelar mi consentimiento a través de mi cuenta Tripp Family Medicine o mediante el envío de una notificación por escrito a Tripp Family Medicine. Si cancelo el consentimiento, no se aplicará a cualquier información publicada anteriormente con esta autorización. Una vez que la información se comparte, Tripp Family Medicine no puede evitar que la persona u organización que tenga acceso intercambie información con otros, y esta información no puede ser protegida por las normas federales de privacidad. No estoy obligado a firmar este consentimiento y Tripp Family Medicine no puede basar las decisiones sobre el tratamiento o el pago si lo firmo.**

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Paciente**

**Escrito**

**Verbal**

**Representante Legal Atención:** Los representantes legales deben adjuntar copias de autorización, tal como lo requiere la ley. Los ejemplos incluyen la energía de la salud del abogado, sustituta de la salud, y testamento vital o documentos de tutela.

*Para Tripp Family Medicine uso exclusivo*

**Witness** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# TRIPP FAMILY MEDICINE

## Aviso de Privacidad Políticas y Procedimientos

Estimado paciente,

Este aviso describe cómo la información sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Esto está de acuerdo con las leyes de HIPPA. **POR FAVOR LEA CON CUIDADO.**

### Introducción

En Tripp Family Medicine, estamos comprometidos a tratar y utilizar la información protegida sobre su salud de manera responsable. Este aviso describe la información personal que recogemos, y cómo y cuándo usar o revelar dicha información. También describe sus derechos en lo que respecta a su información de salud protegida. Este aviso se aplica a toda la información de salud protegida como lo definen los reglamentos federales.

### Explicación de la Información de Salud Médica /

Cada vez que visita **Tripp Family Medicine** un registro de que usted visita se hizo. Típicamente, este registro contiene información acerca de su visita, incluyendo el examen, diagnóstico, tratamiento, así como otros datos de salud pertinentes. Esta información, a menudo referido como su salud o registro médico, sirve como:

- Base para planear su cuidado y tratamiento
- Medios de comunicación con otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado
- Documento legal delineando y describiendo que la atención que recibió
- Una herramienta que usted, u otro pagador (su compañía de seguros) va a utilizar para verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados
- Una herramienta de educación para los proveedores de salud médica
- Una fuente para la investigación médica
- Fundamentos de las autoridades de salud pública que podrían utilizar esta información para evaluar y / o mejorar el estado, así como las normas nacionales de salud
- Una fuente de datos para la panorámica y / o comercialización
- Una herramienta que podemos hacer referencia a garantizar la máxima calidad de la atención y la satisfacción del paciente

La comprensión de lo que está en su registro y cómo se utiliza su información de salud le ayuda a asegurar su exactitud, determinar qué entidades tienen acceso a su información de salud, y tomar una decisión informada al autorizar la divulgación de esta información a otras personas.

### Tus derechos

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Éstas incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información de salud protegida
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales relativas a su condición médica y tratamiento
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida
- El derecho de enmendar o presentar correcciones a su información de salud protegida
- El derecho a recibir una explicación de cómo y quién su información protegida de la salud ha sido revelada
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

### Nuestras responsabilidades

**Tripp Family Medicine** está obligado a:

- Mantener la privacidad de su información de salud
- Proporcionarle la presente notificación relacionada con las obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de esta notificación
- Notificar le a usted si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada
- Acomodar peticiones razonables que usted pueda tener con respecto a la comunicación de la información de salud a través de medios y lugares alternativos

A medida que lo permita la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y reglamentos federales y estatales. Cualquiera que sea la razón de estas revisiones, que le proporcionará una notificación revisada en su próxima visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas serán aplicadas a toda la información de salud protegida que mantenemos.

No vamos a usar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. También vamos a dejar de utilizar o divulgar su información de salud después de haber recibido una revocación por escrito de la autorización de procedimientos incluidos en la autorización de acuerdo.

### Divulgar su información médica

# TRIPP FAMILY MEDICINE

- **Utilizaremos su información médica para el tratamiento.** Su información médica puede ser emitida por los miembros del personal o compartida con otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, el diagnóstico de condiciones médicas, y proporcionar tratamiento. Por ejemplo: resultados de las pruebas de laboratorio y procedimientos estarán disponibles en su registro médico a todos los profesionales de la salud que pueden proporcionar tratamiento o que pueden ser consultados por los miembros del personal.
- **Utilizaremos su información médica para el pago.** Su plan de salud puede solicitar información sobre las fechas de servicio, los servicios proporcionados, y la condición médica que se está tratando con el fin de pagar por el servicio prestado a usted.
- **Utilizaremos su información para operaciones regulares de salud.** Su información médica puede ser usada como sea necesario para apoyar las actividades del día a día y la gestión **Tripp Family Medicine**. Por ejemplo: información sobre los servicios que recibió puede ser emitida para apoyar los presupuestos y los informes financieros, y las actividades para evaluar y promover la calidad.
- **Asociados comerciales.** En algunos casos, hemos contratado entidades separadas para prestar servicios para nosotros. Estos "asociados" requieren información sobre su salud o para llevar a cabo las tareas que les piden que proporcionar. Algunos ejemplos de estos "socios comerciales" podría ser el servicio de facturación, agencia de cobro, servicios de respuesta y el proveedor de equipo de software / hardware.

**La comunicación con la familia.** Debido a la naturaleza de nuestro campo, utilizaremos nuestro mejor juicio al revelar información médica a un miembro de la familia, otros parientes, o cualquier otra persona que esté involucrado en su cuidado o que haya autorizado para recibir esta información. Por favor, informar a la práctica cuando no lo hace desear a un miembro de la familia u otra persona que tenga autorización para recibir su información.

- **Investigación / Formación / Enseñanza.** Podemos utilizar su información para fines de investigación, la enseñanza y la formación.
- **Salud de Supervisión.** La ley federal requiere que revelar su información a una agencia de vigilancia de la salud, autoridad de salud pública o abogado, u otro estados federales / persona asignada si hay circunstancias que nos obligan a hacerlo.
- **Salud Pública de informes.** Su información médica puede ser revelada a agencias de salud pública como lo requiere la ley.
- **Cumplimiento de la ley.** Su información médica puede ser revelada a las agencias de aplicación de la ley, sin su permiso, para apoyar las auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones policiales, y para cumplir con la presentación de informes impuestos por las autoridades.
- **Los recordatorios de citas.** La práctica puede utilizar su información para recordarle acerca de sus próximos citas. Por lo general, recordatorios de citas se envían por correo en un sobre cerrado, o, en un breve mensaje, no específica se mantenga unido a que el contestador automático. Si usted no aprueba de estos métodos, o, si lo prefiere métodos alternativos (es decir, correo electrónico) por favor informe a la práctica.
- **Otros usos y divulgación.** La divulgación de su información de salud o su uso para cualquier otro fin distinto de los anteriores requiere su autorización por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar el uso de la divulgación de su información que puede presentar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará o deshacer cualquier uso de la divulgación de información que ocurrió antes de que nos notificó de su decisión.

## Para obtener más información para reportar un problema

Si tienes alguna queja, pregunta o desea información adicional con respecto a este aviso o las prácticas de privacidad de **Tripp Family Medicine**, por favor llame al 208 / 933-4400

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, por favor, póngase en contacto con la mencionada práctica Oficial de Privacidad, o bien, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. No habrá represalias por presentar una queja, ya sea con la práctica de Privacidad Oficial o en la Oficina de Derechos Civiles. La dirección de la Oficina de Derechos Civiles se enumera a continuación:

## OFFICE FOR CIVIL RIGHTS

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C., 20201