

# TRIPP FAMILY MEDICINE

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

## NUEVA INFORMACIÓN DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: M F Estado Civil: Casado Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Texting? Si No

Telefono Secundario: ( ) \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ OK enviar correo electronico? Si No

Empleador y Direccion: \_\_\_\_\_

Padre / Cónyuge / Nombre del Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

Farmacia que usa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Fui referido por: (Seleccione) Doctor Amigo Evento Comunitario Internet  
Comercial de Radio Publicidad Directorio Telefonico Periodico Otro: \_\_\_\_\_

### Responsable del Titular del Seguro / póliza de seguro

#### Seguro primario

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador y Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

#### Seguro secundario

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador y Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

**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**

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

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

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

**¿CIRUGIAS?**

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

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

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

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

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

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

**SOLO PARA MUJERES – HISTORIA DE EMBARAZO** Indique la cantidad en la casilla:

Embarazos totales	término completo	prematureo	aborto inducido
Aborto espontáneo	ectópico	Nacimiento múltiple	hijos vivos

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

# TRIPP FAMILY MEDICINE

**\*SELECCIONE SI USTED O ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA HA SIDO DIAGNOSTICADO CON LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES**

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

***Certifico que la información de la historia clínica 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 a mi dependiente, \_\_\_\_\_ . Entiendo que tengo el derecho de rechazar servicios medicos en cualquier momento. Tambien entiendo que no se ha dado ninguna garantia por parte de algun representante de Tripp Family Medicine en cuanto al resultado de los servicios medicos proporcionados.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## 2. Autorizacion para compartir la informacion de Seguro Medico:

Autorizo a **Tripp Family Medicine** para compartir la informacion necesaria con mi seguro medico o con sus agentes con el fin de determinar los pagos por servicios prestados. Yo autorizo el pago de los servicios medicos directamente a Tripp Family Medicine. Si algun pago se hace directamente a mi, por parte de mi Seguro Medico, remitire ese pago a Tripp Family Medicine inmediatamente.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## 3. RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Yo soy o \_\_\_\_\_ (Responsable)(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 adeudadas por servicios no cubiertos por el seguro de salud al momento de la prestacion del servicio, (estos servicios pueden incluir visitas despues de las horas normales, visitas urgentes, visitas extendidas, los procedimientos e inyecciones). Entiendo y acepto que, con excepcion de lo que estipula la ley, estoy obligado a pagar los costos que no son pagados por mi seguro. Yo soy responsable de todos los costos atribuidos a la recaudacion de dineros adeudados, incluyendo costos judiciales, gastos de recaudacion, gastos de telefono y honorarios de abogado. Los saldos no pagados durante el period de 90 dias, estaran sujetos a un 15% de interes (APR). Un pago que resulte en un credito de menos de \$40 y que no se aplique a un servicio medico prestado, me sera reembolsable si los solicito por escrito. Creditos de menos de \$40 permaneceran en mi cuenta por 24 meses; despues de este periodo se me sera revocado el derecho de solicitar que sean reembolsados.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## 4. POLITICA DE CONTACTO:

Estoy de acuerdo, a fin de mantener mi cuenta(s), incluyendo todas las cuentas pasadas, actuales y/o de mis dependientes, cancelar cualquier cuenta adeudada, **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 cargos a mi cuenta de telefono. Tambien pueden ponerse en contacto conmigo mediante el envio de mensajes de texto o correo electroico. Los metodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados / o el uso de un dipositivo de marcacion automatico, que sea aplicable.

Iniciales: \_\_\_\_\_

# TRIPP FAMILY MEDICINE

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

- Nadie, aparte de mi, mi seguro de salud y el personal medico autorizado puede discutir mi informacion medica.
- Si, yo doy permiso a Tripp Family Medicine y la persona (s) que aparece en el Consentimiento firmado por mi para que puedan accede a mi informacion medica privada.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## 6. CANCELACION DE CITAS

Si necesito cancelar mi cita, yo entiendo que esta debe ser cancelada con 24 horas de antelacion. No presentarme a la cita puede afectar en gran medida el exito de mi tratamiento y no permite a otros pacientes la oportunidad de recibir tratamiento en una manera oportuna. Soy consciente de que habra un cobro de \$50 por cancelar o no asistir a mi cita sin haber notificado con antelacion; este cobro no esta cubierta por el seguro y sera pagado por mi.

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

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

### DERECHO A REVOCAR

Se requiere una notificacion por escrito para revocar esta autorizacion; por favor tenga en cuenta que como resultado de la revocacion Tripp Family Medicine podra negarse a seguir atendiendome.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Yo, (nombre completo) \_\_\_\_\_,**  
**he leído, entendido, y estoy de acuerdo con las 6 anteriores declaraciones,**  
**ya sea para mi o \_\_\_\_\_,**  
**(dependiente) y se adherira a las politicas anteriores.**

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

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

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Información del paciente que se dará a conocer:**

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Informacion que sera publicada:**

La información protegida de salud personal que Tripp Family Medicine y sus afiliados mantienen, incluyendo salud mental, VIH, el estado de salud o de los registros relacionados con abuso de sustancias/ enfermedades que nosotros tratamos. Esto también incluye el compartir la información sobre farmacias con servicios por correo, las citas, las finanzas, productos para el bienestar, la salud y los programas con la persona autorizada.

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

**La informacion de la persona a la que se le dara a conocer la informacion:**

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

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

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

**Entiendo: Mi autorizacion expirara en 24 meses, a menos que lo cancele antes de ese tiempo. Puedo cancelar mi autorizacion a través de mi cuenta de Tripp Family Medicine o mediante el envío de una notificación por escrito a Tripp Family Medicine. Si cancelo la autorizacion, 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 comparta 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. Por favor lea:** Los representantes legales deben adjuntar copias de autorización, tal como lo requiere la ley. Los ejemplos incluyen un poder de un abogado, sustituta de la salud, y testamento 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 su visita es hecho. 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 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
- Notificarle 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, se 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.

# TRIPP FAMILY MEDICINE

## Divulgar su información médica

- **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 de **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