



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

Hoja informativa sobre el client

Por favor, imprima al completar este formulario

Cita: _____ Walk: _____ En espera: _____ (Marque uno)		
Fecha: _____	Reason para la visita: _____	
¿Otros problemas de salud hoy? _____		

Apellido: _____
(Nombre de Client)

Apellido de soltera: _____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? [] Sí [] No ¿Fumas? [] Sí [] No

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de Seguro Social _____

Género (al nacer): _____ Identidad de género _____ Estado Civil: _____

Dirección:

Ciudad: _____

Dirección postal:

Ciudad: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Nombre del padre/tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Nombre del Empleador/Escuela: _____

Nombre y número de teléfono del médico de atención primaria: _____

Alergias:

Firma del cliente

Fecha



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

Declaración y verificación de seguros

Algunos programas ofrecen tarifas reducidas basadas en los ingresos. Para solicitar una tarifa reducida, proporcione la siguiente información (Planificación familiar, ETS y controles de salud para niños):

Número de miembros de la familia en el hogar: _____

Ingreso familiar total: \$ _____ [] Semanal [] Mensual [] Anual

Comprobante de ingresos: [] Talón de pago [] W2 [] Verificación del Seguro Social [] Otro (explicar) _____

¿Tiene seguro médico? [] Sí [] No

Client tiene cobertura de seguro de salud con lo siguiente: (Verifique TODOS los que correspondan)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare |
| <input type="checkbox"/> Wellcare | <input type="checkbox"/> Seguro Privado _____
Nombre del proveedor de seguros |
| <input type="checkbox"/> Peachstate | <input type="checkbox"/> El paciente no tiene seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Amerigroup | |

Client no tiene seguro de salud debido a lo siguiente: (Verifique todas las exclusiones que se aplican)

- Soy un nativo americano que recibe servicios de atención médica a través del servicio de salud indígena o la organización del tribunal.
- Estoy en un período de exclusión bajo mi plan de seguro de salud.
- He agotado mis límites de por vida bajo mi plan de seguro.
- Tengo una cobertura de alcance limitado, como atención dental, de visión, a largo plazo o cobertura para enfermedades específicas, sin incluir la planificación familiar y / o la detección del cáncer de mama y cuello uterino.
- Tengo seguro de salud a través de una compañía auto asegurada que no proporciona cobertura para planificación familiar y / o detección de cáncer cervical.

Verifico que la información que he dado anteriormente es actual y precisa. Entiendo que se me puede pedir que proporcione una prueba por escrito de cualquier exclusión de seguro como se indicó anteriormente. Entiendo que calificar para cualquier tarifa especial con descuento se basará en la información sobre mis ingresos y el número de dependientes como se mencionó anteriormente. Entiendo que, si tengo seguro o no revelo la información del seguro, seré responsable del pago de los servicios prestados.

Mi firma a continuación indica que he leído o me ha leído las regulaciones anteriores. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y entender las pautas como se mencionó anteriormente.

Firma del cliente

Fecha

SOLO USO EN LA OFICINA: Ingresos verificados, autodeclarados al _____ %

Testigo CCHD (empleado)

Fecha



Clayton County Health District
Mario Majette, M.D., M.P.H.
District Health Director
1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236
Phone: (678) 610-7640 Fax: (770) 991-0024

POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso de Prácticas de información médica

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN MÉDICA DESCRIBE CÓMO DEBE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. **POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.**

Introducción

Es importante para nosotros que usted entienda qué información recopilaremos acerca de usted y cómo se utiliza. Queremos que sepa que limitamos la recopilación y divulgación de información a sólo aquella que creemos que es necesaria para atenderlo y para administrar nuestro negocio.

Este Aviso entrará en vigencia a partir del 15 de abril de 2003 y se aplica a toda la información médica protegida según la definen los reglamentos federales.

Comprenda su registro de salud/información

Cada vez que visita el departamento de salud se realiza un registro de su visita. Este registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamiento y una planificación para una futura atención o tratamiento. Esta información, a menudo llamada su registro médico o de salud, sirve como:

1. Una base para planificar su atención y tratamiento.
2. Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención.
3. Un documento legal que describe la atención que usted recibió.
4. Una forma de que usted o un tercero pagador puedan verificar que los servicios facturados se hayan entregado verdaderamente.
5. Una herramienta en la educación de los profesionales de la salud.
6. Una fuente de datos para la investigación médica.
7. Una fuente de investigación para los funcionarios de la salud pública encargados de mejorar la salud de este estado y del país.
8. Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing.
9. Una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que alcanzamos.
10. Una fuente de datos de respaldo, que nos permite recibir fondos estatales y federales para proporcionar servicios de salud pública.

Comprender qué es lo que se encuentra en su registro y cómo se utiliza su información lo ayuda a asegurar su exactitud. Usted puede entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información médica. Esto le permite tomar decisiones más informadas cuando autoriza la divulgación a otros.

Sus derechos para la información médica

Aunque su registro de salud es propiedad del departamento de salud, la información le pertenece a usted. Usted tiene los siguientes derechos:

1. A recibir una copia impresa de este aviso de prácticas de información si lo solicita.
2. A revisar y/o a recibir una copia de su registro de salud.
3. A solicitar una enmienda a su registro de salud.
4. A recibir un informe de divulgaciones de su información médica.
5. A solicitar que se comunique su información médica por otros medios y a otras ubicaciones.
6. A solicitar una restricción a ciertos usos y divulgaciones de su información.
7. A revocar su autorización para utilizar o divulgar su información médica excepto hasta el punto en que se hayan tomado las medidas.

Nuestras responsabilidades

Se exige que el departamento de salud:

1. Mantenga la privacidad de su información médica.
2. Le proporcione este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos acerca de usted.
3. Acate los términos de este aviso.
4. Le notifique si no es capaz de concordar con una restricción solicitada.
5. Concuere con sus solicitudes razonables para entregar información médica en otras formas y en otras ubicaciones.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer que entren en vigencia para toda la información médica protegida que mantenemos. Si debemos cambiar las prácticas de información, colocaremos el aviso modificado en nuestro establecimiento y le proporcionaremos una copia si lo solicita. No utilizaremos o divulgaremos su información médica sin su permiso excepto a como se describe en este aviso. Interrumpiremos el uso o divulgación de su información médica luego de recibir una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización. Este formulario debe ser colocado en el registro del paciente.

Para más información o para informar de un problema

Si se encuentra cómodo con el contenido de esta política y nos permitirá intercambiar información acerca de usted como se detalla, entonces sólo necesita firmar la constancia adjunta. Si prefiere limitar la divulgación de información acerca de usted, por favor anótelos en el formulario de reconocimiento y contacte al Funcionario de privacidad de la Junta de Salud.

Si cree que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo al Funcionario de privacidad del departamento de salud o a la Oficina de derechos civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). No habrá represalia por presentar una queja ya sea ante el Funcionario de privacidad o la Oficina de derechos civiles. La dirección de la Oficina de derechos civiles se menciona a continuación:

Oficina de derechos civiles

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

Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de salud

Utilizaremos su información médica para tratamiento.

Por ejemplo: La información conseguida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención de salud será almacenada en su registro y utilizada para determinar el curso de tratamiento que funcione mejor para usted. Su médico documentará en su registro qué espera de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica entonces registrarán las medidas que han tomado y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo usted al tratamiento. Si usted recibe tratamiento adicional de otro médico, hospital o laboratorio podemos compartir información con ese proveedor acerca de los servicios que recibió en este establecimiento.

Utilizaremos su información médica para pago.

Por ejemplo: Se le puede enviar una factura a usted, a una compañía de seguros, a Medicaid o Medicare. La información sobre o con la factura puede incluir información que lo identifique, así como también su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. Podemos contactarnos o compartir información con otros proveedores para servicios de pago.

Utilizaremos su información médica para operaciones regulares de salud.

Por ejemplo: Los miembros del personal médico, el gerente de riesgo o de mejora en la calidad o los miembros del equipo de mejora en la calidad pueden utilizar la información de su registro de salud para evaluar la atención, los resultados de su caso y otros. Esta información será utilizada entonces para mejorar continuamente la calidad y la efectividad de la atención de salud y el servicio que proporcionamos.

Socios comerciales: Existen algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Son un ejemplo los proveedores de nuestro software de computadora donde se mantienen los registros electrónicos. Sin embargo, para proteger su información médica, exigimos que los socios comerciales protejan adecuadamente su información.

Comunicación con la familia: Los profesionales de la salud, ocupando su mejor criterio, pueden divulgar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante para la participación de esa persona en su atención o pago relacionado con su atención.

Investigación: Podemos divulgar información a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un consejo de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

Directores de funerarias: Podemos divulgar información médica a directores de funerarias de acuerdo a las leyes vigentes para que lleven a cabo sus deberes.

Organizaciones de obtención de órganos: De acuerdo con las leyes vigentes, podemos divulgar información médica a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, transplante o manejo de un banco de órganos para donación y transplante de tejido.

Planificación/marketing: Podemos contactarlo para recordarle sus citas médicas o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud para los que pueda ser elegible.

Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés): Podemos divulgar a la FDA información médica relacionada a casos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos o defectos en productos o información de vigilancia post marketing para permitir retiro, reparación o reemplazo de productos.

Indemnización a los trabajadores: Podemos divulgar información de salud hasta el punto autorizado por ley y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes relacionadas con indemnización a los trabajadores o a otros programas similares establecidos por la ley.

Salud Pública: Como lo exige la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública o legales, encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información médica para respaldar el financiamiento de subvenciones estatales o federales para los variados servicios de salud pública que proporcionamos y para la administración de los servicios de salud pública.

Agencias policiales: Podemos divulgar información médica para propósitos de la policía según lo estipula la ley o en respuesta a una citación válida.

La ley federal hace provisiones para que su información médica sea entregada a una agencia de supervisión de salud adecuada, autoridad de salud pública o a un abogado, siempre que un miembro del personal o socio comercial crea de buena fe que nos hemos involucrado en un conducta ilícita o de otra manera hemos violado los estándares profesionales o clínicos y son posiblemente peligrosos para uno o más pacientes, trabajadores o el público.

Modificación el 01/2023



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

Política de privacidad Página de firma

- He tenido la oportunidad de leer/o solicitar el Aviso de prácticas de Información de Salud del Distrito de Salud del Condado de Clayton.
- Prefiero limitar la divulgación de mi información de salud y deseo hablar con el Oficial de Maternidad del Distrito de Salud P del Condado de Clayton.

Firma del cliente

Fecha

Si está firmado por alguien que no sea el client, indique la relación con client.

I _____ dio el Aviso de Prácticas de
(NOMBRE DEL EMPLEADO)

Información de Salud a _____ el
(NOMBRE DEL CLIENTE)

_____ y él / ella se negó a firmar el acuse de recibo.
(FECHA)

4. Gastos del cliente

Fuente de deuda	Sí	No	Importe
Alquiler/Hipoteca			
Utilidades			
Teléfono			
Pago de automóvil / Seguro de automóvil			
Seguro de Salud/Vida			
Facturas del hospital			
Doctor Bills			
Manutención de menores/pensión alimenticia			
Otro			
Otro			

Total De Gastos Mensuales \$ _____

NOTA: Los ingresos incluyen salarios, ingresos por alquiler de apartamentos o internados, manutención de los hijos, pensión alimenticia, pensiones, etc. Adjunte un talón de cheque de pago de las últimas cuatro semanas, el W-2 más reciente o una declaración notariada del empleador que verifique los ingresos. Si corresponde, adjunte declaraciones de pagos de manutención infantil, carta de adjudicación de asistencia pública, carta de Ingresos del Seguro Social y formulario de cheque de desempleo, etc. Si no aparece ningún ingreso, explique cómo se satisfacen los gastos de subsistencia.

Al firmar esta declaración, verifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.

Firma del cliente

Fecha

Testigo (Nombre y título del empleado de CCHD)

Fecha



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

Formulario de solicitud de tarifa de Ryan White escala móvil

Client Nombre: _____

Fecha: _____

Nombre de los asalariados en el hogar:

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Licencia de Conducir #: _____ Número de seguro social: _____

Número de miembros de la familia: _____

Ingreso Anual Combinado: _____

Documentos aportados por client para acreditar ingresos:

El miembro del personal del Distrito de Salud del Condado de Clayton ha explicado que es mi responsabilidad financiera. Mi porcentaje de descuento de la tarifa completa del Distrito de Salud del Condado de Clayton es del _____% basado en mis ingresos actuales y el tamaño de mi familia. Mi período de elegibilidad comienza _____ y solo dura un período de un año. Tendré que ser redeterminado para este programa _____. Entiendo que debo traer documentación más actual en ese momento.

Firma del cliente

Fecha

Testigo (Nombre y título del empleado de CCHD)

Fecha



Clayton County Health District
Mario Majette, M.D., M.P.H.
District Health Director
1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236
Phone: (678) 610-7640 Fax: (770) 991-0024

Política de tarifas de escala móvil Aviso a clientes

Esta práctica sirve a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Se ofrecen descuentos por servicios esenciales dependiendo del tamaño de la familia y los ingresos.

Por favor, traiga un comprobante de ingresos con usted a cada visita.



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

Nombre: _____

EN LOS ULTIMOS TRES (3) MESES, ¿HA EXPERIMENTADO LO SIGUIENTE?	SI	NO	COMENTARIOS
Pérdida de peso			
Debilidad / Fatiga			
Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos			
Agrandamiento de los ganglios linfáticos			
Infecciones bucales de cualquier tipo			
Encías dolorosas o sangrantes			
Llagas de larga duración en los labios			
Alteraciones visuales			
Tos			
Dificultad para respirar			
Pérdida de apetito			
Dolor o dificultad para tragar			
Náuseas/vómitos			
Distensión abdominal (hinchazón abdominal)			
Diarrea			
Problemas rectales o anales			
Hepatitis A, B, C o ictericia			
Parásitos intestinales			
Sangrado o moretones inusuales			
Jaqueca			
Dificultad para concentrarse			
Confusión			
Cambio en la capacidad mental			
Convulsiones			
Depresión			
Entumecimiento/hormigueo			
Herpes zóster (herpes zóster)			
Cualquier nueva erupción o decoloración de la piel			
Cualquier problema de la piel que le preocupe			
HISTORIA PASADA			
¿Tiene alguna enfermedad crónica?			
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?			
¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre?			
¿Está tomando algún medicamento ahora?			



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

Control de enfermedades infecciosas Hoja de información del cliente

Soy VIH+ SÍ NO Fecha aproximada de la prueba _____

Fui infectado a través de: (Marqué todas las que correspondan.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Contacto homosexual | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la hemofilia | <input type="checkbox"/> Desde que nació (Como un bebé) |
| <input type="checkbox"/> Contrato heterosexual | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas intravenosas | |

Su médico: _____

Número de teléfono: _____

Su hospital: _____

Número de teléfono: _____

¿Ha estado tomando algún medicamento contra el VIH? SÍ NO

Si la respuesta es SI, escriba los nombres a continuación

Primera Combinación

1. _____
2. _____
3. _____

Segunda Combinación

1. _____
2. _____
3. _____

Tercera Combinación

1. _____
2. _____
3. _____

Cuarta Combinación

1. _____
2. _____
3. _____



Nombre del cliente	
Registros médicos (medical records) #	
SSN #	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Solicito y autorizo: _____
(Nombre de la persona/agencia que solicita información)

_____ (Dirección)

para obtener de: _____
(Nombre de la persona/agencia que solicita información)

_____ (Dirección)

El siguiente tipo(s) de la información de mis registros (y cualquier parte específica de los mismos).

a los efectos de: _____

*Entiendo que la Regla de Privacidad federal (HIPAA) no protege la privacidad de la información si se vuelve a divulgar y, por lo tanto, solicito que toda la información obtenida de esta persona o agencia se mantenga estrictamente confidencial y no sea divulgada por el destinatario. Además, entiendo que mi elegibilidad para beneficios, tratamiento o pago no está condicionada a la provisión de esta autorización. Tengo la intención de que este documento sea una autorización válida que cumpla con todos los requisitos de la Regla de privacidad y entiendo que mi autorización permanecerá vigente para: **(POR FAVOR, VERIFIQUE UNO)***

- Noventa (90) días a menos que especifique una fecha de vencimiento anterior aquí: _____
- Un (1) año
- El período necesario para completar todas las transacciones en asuntos relacionados con los servicios que se me prestan.

Entiendo que a menos que las regulaciones estatales o federales limiten lo contrario, y excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en ello, puedo retirar esta autorización en cualquier momento.

(Firma del Cliente)

(Fecha)

(Firma del personal del Testigo/CCHD)

(Fecha)

UTILICE ESTE ESPACIO SOLO SI SE RETIRA LA AUTORIZACIÓN

(Firma del Cliente)

(Fecha de Retiro)



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

AUTORIZACIÓN DE USO DE HIPAA O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Fecha: _____

Este formulario es para uso cuando se requiere dicha autorización y cumple con los Estándares de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

DIVULGACIÓN: El Distrito de Salud del Condado de Clayton-Ryan **White** tiene mi autorización para divulgar mis registros médicos a la(s) siguiente(s) parte(s).

Nombre(s) y relación con el paciente:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

(SI EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR, USE EL ÁREA DE FIRMA A CONTINUACIÓN)

El paciente no puede firmar debido a: (marque uno)

Incapacitado. El paciente está incapacitado debido _____

Otro: _____

Firma del Representante: _____ **Nombre de impresión:** _____

Relación con el paciente:

Padre

Esposo

Guardián

Otro: _____



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

Política de acuerdo con el cliente de Ryan White

1. ELEGIBILIDAD

Cualquier persona que resida en el condado de Clayton que sea VIH positivo es elegible para los servicios. Los clientes fuera de esta área serán considerados a petición individual. Todos los pacientes nuevos que se presenten a la clínica solicitando servicios de VIH deben presentar uno de los siguientes documentos: resultados positivos de la prueba de VIH, carga viral o informe CD4.

El Distrito de Salud 3-3 del Condado de Clayton no rechaza los servicios basados en el sexo, la edad, la religión, la raza, el estado económico, la orientación sexual o el modo de transmisión.

2. SERVICIOS

- Gestión de casos: se evalúa a todos los clientes y se establecen planes de atención.
- Servicios sociales
- Referencias de consejería de salud mental / abuso de sustancias, cuando sea necesario.
- Evaluación nutricional y asesoramiento
- Servicios médicos: todos los clientes elegibles tendrán una evaluación médica
- Asistencia financiera para laboratorios, medicamentos y visitas al médico, según las pautas de política y procedimientos de Ryan White.
- Asistencia para la vivienda
- Educación entre pares y clientes
- Oportunidades de divulgación/participación de la comunidad

3. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Esta declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente está diseñada para permitir que los clientes actúen en su propio nombre y en asociación con el Personal del Distrito de Salud del Condado de Clayton-Ryan White para obtener la mejor atención y tratamiento posibles para el VIH / SIDA. Los clientes que acaban de ingresar o que actualmente acceden a servicios de atención, tratamiento o apoyo para el VIH/SIDA tienen los siguientes derechos y responsabilidades.

Derechos del cliente

- a. Los clientes tienen derecho a ser informados de los servicios que la Clínica Ryan White proporciona sobre cómo obtener dichos servicios y la razón por la que no se brindan los servicios.
- b. Los clientes tienen derecho a elegir si desean solicitar asistencia a través de este programa.
- c. Los clientes tienen derecho a recibir los servicios necesarios; estos pueden o no incluir todos los servicios deseados.
- d. Los clientes tienen derecho a recibir atención y tratamiento considerados, dignos y respetuosos por parte de todo el personal de CCHD.
- e. Los clientes tienen derecho a rechazar el servicio o a terminar la participación sin recriminación.
- f. Los clientes tienen derecho a esperar que la agencia mantenga la confidencialidad de toda la información en gráficos y registros relacionados con los servicios recibidos, excepto cuando la ley exija lo contrario (a menos que implique suicidio, homicidio, abuso de un niño o adulto incapacitado o peligro específico para otros). Esto no se aplica a los datos estadísticos, que pueden ser requeridos por las agencias de financiación.

Responsabilidades del cliente

- a. Los clientes son responsables de llevar un comprobante de ingresos a cada visita de evaluación médica.
- b. Los clientes son responsables de hacer y asistir a las citas para evaluaciones médicas cada 3 meses.
- c. Los clientes son responsables de notificar al personal de CCHD-Ryan White con anticipación si deben cancelar una cita. Después de 3 citas fallidas, se contactará al cliente para discutir la barrera a la atención.
- d. Los clientes son responsables de proporcionar, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre la salud y las enfermedades actuales y pasadas, los medicamentos y otros tratamientos y servicios que afectan su atención.

- e. Los clientes son responsables de informar a la clínica o al personal de cualquier ingreso hospitalario o visita a la sala de emergencias.
- f. Los clientes son responsables de mantener citas y compromisos en esta agencia o informar a la agencia de inmediato si no puede hacerlo.
- g. Los clientes son responsables de seguir las reglas y regulaciones de la agencia con respecto a la atención y conducta del paciente / cliente.
- h. Los clientes son responsables de ser considerados y respetuosos con el personal y otros clientes.
- i. Los clientes son responsables de abstenerse del uso de lenguaje obsceno, abusivo u hostil; amenazas, violencia o intimidación; portar armas de cualquier tipo; robo o vandalismo; intoxicación o uso de drogas ilegales; acoso sexual y mala conducta.
- j. Los clientes son responsables de mantener la confidencialidad de otros clientes que reciben atención o servicios en la agencia respetando su derecho a la privacidad y los servicios confidenciales, y de mantener la información confidencial que pueden obtener mientras están en CCHD-Ryan White (como la identidad de otros clientes de CCHD o la información personal discutida en grupos).
- k. Los clientes son responsables de informar a la clínica o al personal cada vez que no entienden la información que se les da.
- l. El inglés es el idioma principal de nuestra clínica. Si un cliente no habla, lee o escribe inglés, la traducción estará disponible. Si se necesita un traductor, el personal de la clínica debe ser notificado con 7 días de anticipación.
- m. Los clientes deben ser conscientes de que existe una Política de Quejas que se puede obtener en la clínica CCHD-Ryan White.
- n. Los clientes tienen la responsabilidad de seguir adelante con las acciones acordadas en su plan individual de servicio al cliente.

4. **SUSPENSIÓN INVOLUNTARIA DE SERVICIOS**

Cuando un cliente se involucra en un comportamiento que impide la capacidad de la agencia para proporcionar servicios a esa persona u otros clientes, puede ser necesaria la suspensión involuntaria. Los clientes pueden ser suspendidos en circunstancias en las que los clientes no cooperan en el contexto de las Directrices BLANCAS de CCHD-Ryan.

Las razones para la suspensión pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- 1. Comportamiento agresivo o abusivo hacia otros clientes, voluntarios o miembros del personal.
- 2. Comportamiento que infringe la capacidad de otros clientes para recibir servicios de CCHD-Ryan White.
- 3. Comportamiento o estado mental que interfiere con la capacidad de CCHD-Ryan White para proporcionar servicios.
- 4. Un diagnóstico médico que indique que el cliente no es VIH + (no tiene SIDA) y que no se justifica ninguna prueba médica adicional.
- 5. Incapacidad o falta de voluntad para seguir las reglas.
- 6. No asistir a las citas o cumplir con las recomendaciones.

Antes de la suspensión, siempre que sea posible, el personal apropiado se reunirá con el cliente y establecerá un contrato de prueba por escrito bajo el cual el cliente puede continuar recibiendo servicios.

5. **PAGO DE SERVICIOS**

Los cargos acumulativos anuales máximos a una persona por servicios relacionados con el VIH se basan en las Pautas Federales de Pobreza. Las tarifas de servicio se basan en los ingresos del cliente, utilizando una escala móvil. Los servicios no se negarán debido a la incapacidad de pago del cliente. CCHD-Ryan White no presenta Medicaid y Medicare. Los clientes serán responsables de presentar sus propios reclamos de seguros privados.

El cliente es responsable de mantenerse al día con sus cargos y de informar al personal de CCHD-Ryan White cuándo ha alcanzado su límite de porcentaje de facturación, por lo que ya no se le cobrará.

He leído la Política de Acuerdo de Cliente de CCHD-Ryan White y he tenido mis preguntas respondidas a mi satisfacción. Acepto la política y deseo servicios médicos a través del Programa Ryan White en el Distrito de Salud del Condado de Clayton.

Firma del cliente

Fecha

Firma del empleado

Fecha



Clayton County Health District

Mario Majette, M.D., M.P.H.

District Health Director

1117 Battlecreek Road Jonesboro, GA 30236

Phone: (678) 610-7640

Fax: (770) 991-0024

Procedimiento de quejas del cliente Ryan White

1. Un cliente debe presentar una queja por escrito al Coordinador del Programa Ryan White (información de contacto a continuación), dentro de los diez (10) días hábiles con respecto al desacuerdo o recibir un aviso de que ya no está inscrito en el programa.
 - a. La queja escrita debe indicar la naturaleza de la preocupación y la resolución deseada.
 - b. La queja es revisada por los miembros del Consorcio de VIH/SIDA y respondida por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a su recepción, con una copia al Coordinador de Enfermedades Infecciosas. Si se necesita más información del cliente, entonces el cliente tiene cinco (5) días hábiles para proporcionar esta información. La apelación se responde dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de la información.
 - c. El hecho de no presentar una apelación por escrito dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la queja o la eliminación del programa, o la falta de respuesta a la solicitud de información adicional dentro de los cinco (5) días hábiles renuncia al derecho de apelación.
2. Si el cliente no está satisfecho con la decisión en el Paso 1, el cliente puede presentar la misma queja al Director de Salud del Distrito dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la decisión inicial.
 - a. El paso 2 de la queja debe presentarse por escrito especificando la naturaleza de la queja, el resultado deseado e indicando que se ha seguido el primer paso del procedimiento.
 - b. El Director de Salud del Distrito puede nombrar un comité de revisión. Los miembros de este comité no pueden ser Administradores de Casos del Programa Ryan White. El comité notificará al cliente por escrito de su decisión, con una copia al Coordinador del Programa Ryan White, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud para revisar la decisión.
 - i. Sin embargo, si se necesita más información del cliente, el cliente tiene cinco (5) días hábiles para suministrarla. El comité revisa esta información y notifica al cliente de su decisión dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de esta información, con una copia al Coordinador del Programa Ryan White.
 - ii. La falta de respuesta a la solicitud de información adicional dentro de los cinco (5) días hábiles renuncia al derecho de apelación.
3. Si el cliente no está satisfecho con la decisión en el Paso 2, el cliente puede presentar la misma queja al Gerente del Servicio de Atención del VIH / SIDA a nivel estatal en la Sección de Servicios de Prevención, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la decisión de apelación.
 - a. El paso 3 de la queja debe presentarse por escrito especificando la naturaleza de la queja, el resultado deseado e indicando que se ha seguido el segundo paso del procedimiento.

He leído la Política de Quejas de CCHD-Ryan White y he recibido respuestas a mis preguntas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con la política y soy consciente de los pasos que debo tomar para presentar una queja.

Firma del cliente

Fecha

Firma del empleado

Fecha

Ryan White Coordinador del Programa
Kenisha Washington
kenisha.washington@dph.ga.gov
678-479-2209