

**Today's Date** \_\_\_\_\_

(Fecha de hoy)

**Patient Registration Form**

**Forma de Registro del Paciente**

SSN: \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_  
 (No. Seguro Social) (Nombre) (Inicial) (Apellido)

DOB: \_\_\_\_\_ Sex:  M  F E-Mail: \_\_\_\_\_  
 [Fecha de Nacimiento(mes/día/año)] (Sexo) (Correo electrónico)

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State/Zip: \_\_\_\_\_  
 (Dirección) (Ciudad) (Estado/Código Postal)

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
 (Teléfono/casa) (Teléfono/celular)

Work Phone: \_\_\_\_\_ Other Phone (list whose phone): \_\_\_\_\_  
 (Teléfono/trabajo) (Otro teléfono – Nombre)

Marital Status:  M  S  D Student:  FT  PT  NO  
 (Estado Civil): [Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a)] (Estudiante): (Tiempo Completo-Medio Tiempo- No)

Veteran Status  Yes  No Employment:  Full Time  Part Time  Unemployed  Retired  
 (Es usted un veterano?) (Si) (No) (Empleo): (Tiempo Completo) (Medio Tiempo) (Desempleado) (Retirado)

Patient employed by: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_  
 (Paciente empleado por:) (Ocupación)

Employer Address: \_\_\_\_\_ Employer Phone: \_\_\_\_\_  
 (Dirección de la compañía) (Teléfono de la compañía)

Spouse's Name \_\_\_\_\_ Spouse's Employer \_\_\_\_\_  
 (Nombre del esposo/a) (Compañía donde trabaja el esposo/a)

Language:  English  Spanish  Other \_\_\_\_\_  
 (Idioma): (Inglés) (Español) (Otro) \_\_\_\_\_

Race (Raza):  African American (Africoamericano)  Asian (Asiático)  Native American (Nativo Americano)  Native Hawaiian (Nativo Hawaiano)  Pacific Islander (Isleño del Pacífico)  White (Blanco)

Ethnicity (Etnia):  Hispanic/Latino (Hispano/Latino)  Not Hispanic/Latino (No Hispano/Latino)

You may be eligible for a discount on your medical or dental charges. *(Usted podría ser elegible para un descuento médico o dental)*  
 Please ask to speak with the Financial Counselor for assistance. *(Para asistirle, porfavor pida hablar con el Consejero Financiero)*

**Guarantor Information** (If under the age of 18) (Si es menor de 18 años)

(Información del responsable )

SSN: \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_  
 (No. Seguro Social) (Nombre) (Inicial) (Apellido)

DOB: \_\_\_\_\_ Primary Care Physician: \_\_\_\_\_  
 [Fecha de Nacimiento(mes/día/año)] (Médico de cabecera)

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State/Zip: \_\_\_\_\_  
 (Dirección) (Ciudad) (Estado/Código Postal)

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_  
 (Teléfono/casa) (Teléfono/trabajo)

Employer: \_\_\_\_\_ Employer Address: \_\_\_\_\_  
 (Compañía para quien trabaja) (Dirección de la compañía)

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
 (Contacto en caso de emergencia) (Relación)

Phone: \_\_\_\_\_ This is a:  Home  Work  Cell Phone  
 (Teléfono) (casa) (trabajo) (celular)

Does contact reside with patient?  Yes  No If no, please list address: \_\_\_\_\_  
 (Este contacto vive con el paciente?) (si) (no) Si no, por favor escriba la dirección: \_\_\_\_\_

Insurance Policy Holders Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
 (Nombre del asegurado) (Relación con el paciente)

SSN: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 (No. Seguro Social) (Fecha de nacimiento) (Teléfono)

### CONSENT TO TREATMENT

I, \_\_\_\_\_, voluntarily consent to outpatient care involving routine diagnostic procedures, examination, medical treatment including those procedures deemed medically appropriate by Healthy Connections, Inc. providers.

I authorize the clinic to release information to insurance carriers to process claims and authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below. I further authorize release of medical information to my medical providers or anyone I designate in writing. This Consent to Treatment remains in effect until I revoke in writing.

HIPAA Confirmation: I have had the opportunity to read and understand the Health Insurance Portability and Accountability Act policies in use by Healthy Connections, Inc.

PHOTOGRAPH: I hereby consent Healthy Connections, Inc. to photograph me (or my minor child) and relieve HCI of any responsibility for the use of my photograph for treatment, identification, and education purposes only.

ASSIGNMENT & RELEASE: I agree to assign directly to Healthy Connections, Inc. all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the attending medical providers to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

I understand that this consent form will valid and remain in effect as long as I (he/she) attend the clinic. This form has been fully explained to me and I understand its contents.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent and/or Guardian Signature for Minor Child

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_ I understand that if my child is receiving treatment, I am signing this form on their behalf. As the responsible party of a minor child, I am consenting for my child to receive treatment at this clinic.

### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, voluntariamente doy mi consentimiento para que me traten como paciente incluyendo los procedimientos de diagnósticos de rutina, exámenes, tratamientos médicos, incluyendo aquellos procedimientos médicos que consideren apropiados los proveedores de Healthy Connections, Inc.

Autorizo a la clínica divulgar información a los seguros médicos para el reclamo del pago.

Así mismo autorizo la divulgación de información médica a mis proveedores médicos o a cualquiera que yo designe por escrito.

Este consentimiento de tratamiento queda en efecto hasta que Yo renuncie por escrito.

Confirmación de HIPPA (por sus siglas en inglés): He tenido la oportunidad de leer y entender las Políticas del Acto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico utilizado por Healthy Connections, Inc.

FOTOGRAFIA: Autorizo a Healthy Connections, Inc. (HCI), tomarme fotos (o a mi hijo/a- menor de edad) y deslindo de toda responsabilidad a HCI por el uso de mi fotografía unicamente para propósitos de tratamiento, identificación y educación.

ASIGNACION Y DIVULGACION: Estoy de acuerdo en asignar directamente a Healthy Connections, Inc. todos los beneficios de seguros médicos, si los hay, si no que se me cobre a mi por los servicios realizados. Entiendo que yo soy responsable por todos los cargos, se hayan pagado o no por el seguro médico. Por este medio autorizo a los proveedores médicos divulgar cualquier información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de ésta firma en todas las sumisiones al seguro.

Entiendo que ésta forma de consentimiento será válida y permanecerá en efecto siempre que yo atienda ésta clínica. Se me ha explicado completamente ésta forma y entiendo sus contenidos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor del menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_ Entiendo que si mi hijo(a) está recibiendo tratamiento, Yo estoy firmando ésta forma en su lugar. Como la parte responsable del niño(a) menor. Estoy dando consentimiento de que mi hijo(a) reciba tratamiento en ésta clínica.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

---

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU MAY OBTAIN ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

THE PRIVACY OF **YOUR** HEALTH INFORMATION IS IMPORTANT TO US!

---

### **OUR LEGAL DUTY**

We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available upon request.

You may request a copy of our Notice of Privacy Practices at any time, including any revisions of the Notices of Privacy Practices. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notices, please contact us using the information listed below.

**Healthy Connections, Inc., 136 Health Park Drive, Mena, AR. 71953**

Uses and Disclosures of Health Information: We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

- **Treatment:** We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you.
- **Payment:** We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.
- **Healthcare Operations:** We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualification of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.
- **Your Authorization:** In addition to our use of your health information for treatment, payment or health care operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.
- **To Your Family and Friends:** We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member, friend, or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.
- **Persons Involved in Care:** We may use or disclose health information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care; of your location, your general condition, or death. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of health information.

- **Marketing Health-Related Services:** We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.
- **Required by Law:** We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.
- **Abuse or Neglect:** We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.
- **National Security:** We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose your health information to authorized federal officials when required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institutions or law enforcement officials having lawful custody of protected health information of inmates or patients under certain circumstances.
- **Appointment Reminders:** We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, or letters).

**Patient Rights**

- **Access:** You have the right to look at or obtain copies of your health information, with limited exceptions. You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed on this Notice. We will charge you a reasonable cost-based fee for expenses such as copies. You may also request access by sending a letter to the address listed below. If you request an alternative format, we will charge a cost-based fee for providing your health information in that format.
- **Disclosure Accounting:** You have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April 14<sup>th</sup>, 2003. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.
- **Alternative Communication:** You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations. **You must make your request in writing.** Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.
- **Amendment:** You have the right to request that we amend your health information. **Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended.** We may deny your request under certain circumstances.

**I have received and/or reviewed a copy of the Notice of Privacy Practices.**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Guarantor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I appoint the following individual(s) to act as my healthcare representative with whom my health information may be disclosed.

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

You have the right to make changes in writing to this acknowledgement. You have the right to refuse to sign this acknowledgement. If you refuse to sign this acknowledgement we may be forced to refuse to administer treatment based on our inability to properly file your insurance and/or seek medical/dental/mental healthcare consultation and referral services.

## **AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**



---

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PODRIA SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACION DE SALUD Y COMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
PORFAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.  
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS!

---

### **NUESTRO DEBER LEGAL**

La ley federal y estatal nos pide mantener privacidad de su información de salud. También nos requieren darle este aviso sobre nuestras prácticas de la privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos referentes a su información de la salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras que está en efecto.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, ya que tales cambios son permitidos por ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información de la salud que mantengamos, incluyendo la información de la salud que creamos o que recibimos antes de que realizáramos los cambios. Antes de que realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos el nuevo aviso disponible a petición.

Usted puede pedir una copia de nuestro aviso de las prácticas de privacidad en cualquier momento, incluyendo cualquier revisión de los avisos de las prácticas de privacidad. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de estos avisos, por favor comuníquense con nosotros utilizando la siguiente información.

**Healthy Connections, Inc., 136 Health Park Drive, Mena, AR. 71953**

Usos y Divulgaciones de información de la salud: Utilizamos y divulgamos la información de la salud sobre usted para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico. Por ejemplo:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar o divulgar su información de salud al médico o al otro proveedor de asistencia sanitaria que le proporciona el tratamiento.
- **Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para obtener el pago para los servicios que le proporcionamos.
- **Operaciones del cuidado médico:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud con respecto a nuestras operaciones del cuidado médico. Las operaciones del cuidado médico incluyen las actividades del gravamen y de la mejora de calidad, repasando la capacidad o la calificación de los profesionales del cuidado médico, del funcionamiento de evaluación del médico y del abastecedor, programas de entrenamiento que conducen, acreditación, certificación, autorizando o acreditando actividades.
- **Su autorización:** Además de nuestro uso de su información de la salud para el tratamiento, las operaciones del pago o del cuidado médico, usted puede darnos una autorización escrita para utilizar su información de la salud o para divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará a ningún uso o accesos permitidos por su autorización mientras está en efecto. A menos de que usted nos dé una autorización escrita, no podemos utilizar o divulgar su información de salud por ninguna razón excepto aquellos descritos en este aviso.
- **A Su Familia y Amigos:** Debemos divulgar su información de la salud a usted, según lo descrito en la sección de los Derechos del Paciente en este aviso. Podemos divulgar su información de la salud a un miembro de la familia, amigo, o a otra persona al grado necesario para ayudar con su cuidado médico o con el pago de su cuidado médico, pero solamente si usted acepta que podemos hacer esto.
- **Personas Implicadas en el Cuidado:** Podemos utilizar o divulgar la información de salud para notificar, o asistir en la notificación (incluyendo identificación o localización) de un miembro de la familia, de su representante personal o de otra persona responsable de su cuidado; de su localización, de su condición general, o muerte. En caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos la información de la salud que es directamente relevante

a la persona implicada en su cuidado médico. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés para permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de la salud.

- Comercialización de Servicios relativos a la salud: No utilizaremos su información de la salud para las comunicaciones de comercialización sin su autorización escrita.
- Requerido por Ley: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud cuando la ley nos lo pida.
- Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información de la salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima del abuso, negligencia, o violencia en el hogar o la posible víctima de otros crímenes. Podemos divulgar su información de salud cuando sea necesario y así evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otras personas.
- Seguridad nacional: Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las fuerzas armadas. Podemos divulgar su información de salud a los funcionarios federales autorizados cuando lo requiera la inteligencia legal, la contrainteligencia, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos divulgar a las instituciones correccionales o a los agentes policiales que tienen custodia legal de la información protegida de la salud de internos o de pacientes bajo ciertas circunstancias.
- Recordatorios de su cita: Podemos utilizar o divulgar su información de la salud para proveerle a usted recordatorios de su cita (tales como mensajes, postales, o letras del buzón de voz).

---

#### Derechos de los Pacientes

- Acceso: Usted tiene el derecho de mirar o de obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted debe solicitarlo por escrito para obtener acceso a su información la salud. Usted puede obtener una forma para pedir el acceso usando la información de contacto enumerada en este aviso. Le cobraremos una tarifa base razonable para los costos tales como copias. Usted puede también pedir el acceso enviando una carta a la dirección mencionada abajo. Si usted pide un formato alternativo, le cobraremos una tarifa base para proporcionar su información de salud en ese formato.
- Contabilidad del acceso: Usted tiene el derecho de recibir una lista de los casos en los cuales nosotros o nuestros socios divulgamos su información de salud para los propósitos, con excepción del tratamiento, del pago, de operaciones del cuidado médico y de ciertas otras actividades, por los 6 años pasados, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted pide esta contabilidad más de una vez en un período de doce meses, podemos cobrarle un honorario razonable, costo-base para responder a estas peticiones adicionales.
- Comunicación alternativa: Usted tiene el derecho de pedir que le comuniquemos a usted información sobre su salud por otros medios o localidades alternos. **Usted debe hacer su petición por escrito.** Su petición debe especificar los medios o localidades alternas, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejaran los pagos bajo los medios o localidades alternos que usted pide.
- Enmienda: Usted tiene el derecha de pedir que enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito, y debe explicar porqué la información debe ser enmendada. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

---

#### He recibido y/o revisado una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Designo a los siguientes individuos para actuar como mi representante del cuidado médico con quien mi información de la salud pueda ser divulgada

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de hacer cambios, por escrito, a este reconocimiento. Usted tiene el derecho de negarse a firmar este reconocimiento. Si usted rechaza firmar este reconocimiento nos podemos ver forzados a rechazar el tratamiento basado en nuestra inhabilidad de archivar correctamente su seguro y/o de buscar servicios médicos/dentales/mentales de la consulta y de remisión del cuidado médico.

# MEMBER RIGHTS & RESPONSIBILITIES



## Member Rights:

1. You have a right to considerate and respectful treatment, regardless of race, creed, color, sexual orientation, national origin, disability, sex, religious preference, marital status, political beliefs, age or insurance status, in a manner showing dignity and respect regarding your personal values and belief systems.
2. You have a right to be seen at a time as close to your appointment as possible with the understanding that the needs of other patients will also be considered.
3. You have a right to seek care at Community Health Centers (CHC) and your payment will be based upon a sliding fee scale or other program eligibility.
4. You have a right to examine and to receive an explanation of your bill, regardless of the source of payment.
5. You have a right to have all physical examinations, interviews, and discussions take place privately and to have all communications and records about your care handled confidentially.
6. You have a right to know the names and the level of training of the providers who take care of you.
7. You have a right to the understandable explanation of what is wrong with you, the tests and treatments that are planned, and the risks involved in those tests and treatments.
8. You have a right to ask for another CHC provider's opinion or to ask that a new provider take charge of your case on a one-time basis.
9. You have a right to offer concerns or complaints about the health care received. Please ask for the Clinical Team Manager in the center.
10. You have a right to know that CHC does not perform any illegal forms of treatment.
11. You have a right to be informed about your treatment, diagnosis, and prognosis, and to accept or refuse health care advice or treatment.
12. You have a right to plan in advance for your health care and treatment, and to choose someone to make decisions for you, to the extent permitted by law, in case you become unable to make them for yourself.
13. You have a right to be informed of any clinical experimentation or other research/educational projects affecting your treatment and to refuse participation in such an experimentation or research.
14. You have the right to a timely response to your reports of pain and to have a clinically appropriate pain relief plan included in your health care plan.

## Member Responsibilities

1. You are responsible for conduct appropriate in a health care center. You may not verbally or physically abuse CHC personnel or property.
2. You are responsible for keeping your appointment at CHC, or notifying CHC in advance if you are unable to come to your appointment.
3. You have the responsibility to provide accurate proof of your financial situation and to meet program requirements.
4. You have the responsibility to pay your portion of charges at the time of service.
5. You are responsible for questioning your provider about anything you do not understand about your care.
6. You are responsible for giving, to the best of your knowledge, accurate and complete information about complaints, past illnesses, medications, hospitalization and other matters relating to health care.
7. You are responsible for following the instructions given to you by your health care provider. You are responsible for the consequences of your own actions if you fail to follow these instructions, or if you refuse treatment.
8. You are responsible for telling your health care provider when you are in pain and join in your pain relief plan.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS**

### Derechos:

1. Tiene derecho a un trato considerado y respetuoso, sin importar la raza, credo, color, orientación sexual, origen de nacionalidad, discapacidad, sexo, preferencia religiosa, estado civil, creencias políticas, edad o estado de seguro médico, este trato debe ser de una manera digna respetuosa de sus valores personales y creencias en el sistema.
2. Tiene derecho a que se le atienda en el horario programado para su cita tan pronto como sea, entendiendo que también se consideraran las necesidades de los otros pacientes.
3. Usted tiene derecho a buscar tratamiento en un Centro de Salud Comunitario (CSC), y su pago se basará de acuerdo al sistema de descuento u otro programa de elegibilidad.
4. Tiene derecho a revisar y a recibir una explicación de su cuenta, sin importar la procedencia del pago.
5. Tiene derecho a que todos sus exámenes físicos, entrevistas y discusiones se hagan en un lugar privado y que todos los records y asuntos acerca de su cuidado se manejen confidencialmente.
6. Tiene derecho a saber los nombres y el nivel de entrenamiento de los proveedores que cuidan de usted.
7. Tiene derecho a una explicación entendible de su malestar, así como las pruebas y tratamientos que han planeado y los riesgos que conllevan estos tratamientos y pruebas.
8. Tiene derecho a pedir otra opinión de otro proveedor de CSC o pedir que un nuevo proveedor tome su caso por una sola vez.
9. Tiene derecho a ofrecer sus preocupaciones o quejas acerca del cuidado de salud que recibió. Por favor pregunte por el Jefe del Equipo Clínico del Centro.
10. Tiene derecho a saber que CSC no realiza ningún tipo de tratamiento ilegal.
11. Tiene derecho a que se le informe acerca de su tratamiento, diagnóstico y pronóstico y de aceptar o rechazar, consejo o tratamiento del cuidado de la salud.
12. Tiene derecho a planear su tratamiento del cuidado de salud, por adelantado y escoger a alguien que tome decisiones por usted, hasta donde lo permita la ley, en caso de que usted llegara a estar imposibilitado para tomar decisiones.
13. Tiene derecho a que se le informe de cualquier experimento clínico u otro proyecto educativo/de investigación que afecten su tratamiento, y el derecho a rechazar la participación en dichos experimentos e investigaciones.
14. Tiene derecho a que le den sus reportes de dolor a tiempo y a tener un plan clínico apropiado para aliviar su dolor, que se incluye su plan de seguro.

### Responsabilidades:

1. Usted tiene la responsabilidad de mantener una conducta apropiada en el centro de salud. Usted no debe abusar física o verbalmente al personal o propiedad del centro.
2. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con su cita en el centro de salud, y sino puede venir, notifique por adelantado al centro de salud.
3. Usted tiene la responsabilidad de proveer información veraz de su situación financiera y cumplir con los requisitos del programa.
4. Usted tiene la responsabilidad de pagar su parte del cobro el día del servicio.
5. Usted tiene la responsabilidad de preguntarle al doctor cualquier cosa de su cuidado que no entienda.
6. Usted tiene la responsabilidad de brindar, hasta donde usted sepa, información completa y veraz acerca de su malestar, enfermedades pasadas, medicinas, hospitalizaciones y otras cuestiones que tengan que ver con su salud.
7. Usted tiene la responsabilidad de seguir las instrucciones que le de su proveedor del cuidado de la salud. Usted es responsable de las consecuencias de sus propios actos, si usted falla en seguir estas instrucciones o si usted rechaza el tratamiento.
8. Usted tiene la responsabilidad de decirle al doctor cuando tenga dolor y unirse a un plan para aliviar el dolor.