

Información Demográfica del Paciente (favor completar con toda la información solicitada)

PATIENT DEMOGRAPHIC SHEET (Please complete ALL information)

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE: PATIENT LEGAL NAME:	FECHA DE NACIMIENTO: DATE OF BIRTH:	SEXO: SEX:	
DIRECCIÓN: ADDRESS:	CIUDAD: CITY:	ESTADO: STATE:	CÓDIGO POSTAL: ZIP:
TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL: PRIMARY CONTACT PHONE #:	TELÉFONO DE CASA: HOME PHONE:	IDIOMA PREFERIDO: PREFERRED LANGUAGE:	RAZA Y GRUPO ÉTNICO: RACE & ETHNICITY:
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: PRIMARY CARE PHYSICIAN:	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: PRIMARY CARE PROVIDER ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	N.º DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: PRIMARY CARE PROVIDER PHONE #:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
EMERGENCY CONTACT INFORMATION			
NOMBRE: NAME:	PARENTESCO CON EL PACIENTE: RELATION TO PATIENT:	NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL: PRIMARY CONTACT PHONE NUMBER(S):	
INFORMACIÓN DEL GARANTE			
GUARANTOR INFORMATION			
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: PARENT/GUARDIAN NAME:	PARENTESCO CON EL PACIENTE: RELATION TO PATIENT:	NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL: PRIMARY CONTACT PHONE NUMBER(S):	
FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH:	N.º DEL SEGURO SOCIAL: SSN:	EMPLEADOR: EMPLOYER:	

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: INSURANCE COMPANY NAME:	IDENTIFICACIÓN DE SUScriptor: SUBSCRIBER ID:	NOMBRE Y PARENTESCO CON EL PACIENTE: NAME AND RELATION TO PATIENT:

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: INSURANCE COMPANY NAME:	IDENTIFICACIÓN DE SUScriptor: SUBSCRIBER ID:	NOMBRE Y PARENTESCO CON EL PACIENTE: NAME AND RELATION TO PATIENT:

- University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- UK HealthCare Ambulatory Services
- UK Dental and Oral Health Clinics

AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)

CONSENTIMIENTO PARA TRATARLO (A): Yo doy mi consentimiento para recibir atención médica de la University of Kentucky. La atención médica incluye exámenes, análisis, vacunas apropiadas, tratamiento médico, y tratamiento con sustancias de venta restringida. Yo puedo tener exámenes de VIH (el virus que causa el SIDA), hepatitis y otras enfermedades. Mi consentimiento cubre la atención por parte de los agentes, empleados, y personal médico de la University of Kentucky. Nadie me ha garantizado que mi cuidado médico tendrá algún resultado en particular. Yo tengo el derecho (i) a formular decisiones sobre mi atención médica, (ii) a rechazar la atención médica, (iii) a revocar este consentimiento en cualquier momento a menos que la atención médica ya se haya brindado.

El paciente o el padre o tutor autorizado, la persona responsable o sucedáneo(a) del paciente debe dar consentimiento.

Imágenes: Yo doy mi consentimiento y permito que mis proveedores de atención médica tomen y vean imágenes (como fotografías o videos) para mi cuidado o identificación. Yo entiendo y estoy de acuerdo que algunas de estas imágenes pueden retenerse mientras que otras son solo para el monitoreo en tiempo real.

Institución de enseñanza: Yo entiendo que la University of Kentucky enseña y entrena a médicos, enfermeras(os) y otro personal de atención médica (un centro médico académico). Los médicos en entrenamiento (médicos con estudios avanzados, residentes, aprendices de medicina, y otro personal médico del hospital), estudiantes de medicina y otro personal médico en adiestramiento pueden estar involucrados en mi atención médica bajo la supervisión apropiada de mi médico.

Investigaciones: Yo entiendo que una persona de la University of Kentucky puede contactarme, en el futuro, para preguntar acerca de mi salud o si deseo participar en una investigación.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Garantía de pago: Yo estoy de acuerdo que soy responsable ante la University of Kentucky y Kentucky Medical Services Services Foundation Inc. (Fundación de Servicios Médicos de Kentucky) (de ahora en adelante, se le referirá como KMSF) por los cargos resultantes de los servicios prestados a los costos vigentes. Yo estoy de acuerdo en que todas las facturas serán pagadas en su totalidad según surjan. En caso de que yo falle en cumplir con este acuerdo, acepto pagar cualquier costo de cobranza, así como los honorarios de los abogados resultantes de la cobranza o recaudación de mi cuenta. Ni la University of Kentucky ni KMSF al hacer cumplir/valer cualquier derecho, me eximirá a mí o a cualquier parte responsable de responsabilidad. Si lo firmado fue por más de una persona, esta obligación será compartida. Yo estoy de acuerdo que la University of Kentucky o KMSF no es parte de ningún reclamo en disputa o revisión por colegas, el cual afecte los pagos de cualquier reclamo sometido en mi nombre y que bajo petición de la University of Kentucky o KMSF, estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo pendiente. Si la University of Kentucky o KMSF buscan cualquier acción legal en conexión con el cobro de cargos resultantes de servicios prestados, yo estoy de acuerdo en estar sujeto a (y por la presente consiento a) la jurisdicción y lugar de cualquier acción o procedimiento en las cortes del County of Fayette, Commonwealth of Kentucky, y estoy de acuerdo en renunciar a cualquier objeción que pueda tener basada en lugar inadecuado o fórum inconveniente. Para los propósitos de cobranza, yo autorizo a UK HealthCare y a todas sus entidades y las agencias de terceros, a comunicarse conmigo a mi celular o a cualquier otro número telefónico que yo he proporcionado como mi información de contacto, o cualquier número que se me haya asignado que esté disponible al público, usando métodos que incluyen mensajes pregrabados/automatizados o el uso de marcador automático. Además, yo autorizo a UK HealthCare y a todas sus entidades y las agencias de terceros a que se comuniquen conmigo por el correo electrónico proporcionado o a través de envío de mensajes de texto.

Asignación de los beneficios: Por la presente asigno todos los derechos y privilegios y autorizo los pagos directamente a la University of Kentucky y a KMSF por cualquier reclamo presentado en mi nombre o en nombre de la persona de la que estoy debidamente autorizado(a) para firmar los beneficios otorgados por el seguro. Yo estoy de acuerdo en que esta función es primaria a cualquier función otorgada después de esta fecha, incluyendo cualquier costo relacionado con los honorarios de los abogados. Yo también entiendo que soy económicamente responsable ante la University of Kentucky y KMSF por los cargos no cubiertos por esta asignación, así como por los no pagados a tiempo por la compañía de seguros.

LO QUE TODOS DEBEN SABER ACERCA DEL SIDA

La ley en Kentucky requiere que le informemos acerca del SIDA.

VIH es la abreviación para el "virus de inmunodeficiencia humana" el cual ataca el sistema inmune del cuerpo. El VIH hace más difícil que las personas que lo tienen se recuperen de otras infecciones y enfermedades. SIDA es la abreviación para el "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" el cual es el efecto en la salud que sucede cuando no se



DOS

- University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- UK HealthCare Ambulatory Services
- UK Dental and Oral Health Clinics

AUTORIZACIONES Y CONVENIOS

(Patient Label Here)

trata el VIH. Con tratamiento, una persona viviendo con VIH puede estar saludable y vivir casi tanto como una persona sin VIH. El tratamiento para VIH también disminuye bastante la posibilidad de que alguien con VIH lo transmita a otra persona.

El VIH **no** se transmite por medio de actividades como abrazarse o darse la mano o compartir un vaso para beber. El VIH **solamente** se transmite a través de la sangre, los fluidos sexuales, o la leche materna.

Esto sucede usualmente al:

- Tener sexo sin usar condones
- Compartir agujas

Una madre viviendo con VIH puede transmitir el VIH a su bebé, pero hoy en día esto es muy poco común en los Estados Unidos siempre y cuando la madre sepa que tiene VIH y esté recibiendo tratamiento. También es muy raro que el VIH se transmita a través de transfusiones de sangre o trasplante de órganos porque actualmente toda la sangre y los órganos donados son analizados para detectar el VIH.

El VIH es transmitido principalmente por las personas que no saben que tienen VIH. Por esta razón es muy importante someterse al examen para detectar el VIH al menos una vez en su vida, y un mínimo de cada 6 meses si usted está teniendo sexo sin usar condones o está compartiendo agujas.

El tratamiento con sustancias de venta restringida

Las leyes federales y estatales regulan las sustancias de venta restringida (drogas/medicamentos) que pueden abusarse. La ley de Kentucky requiere que usted dé su consentimiento para el tratamiento con estos medicamentos antes de que usted los reciba. Algunas enfermedades y lesiones pueden causar dolor. Algunos medicamentos pueden hacer que el dolor sea más tolerable. Otros medicamentos pueden aumentar el enfoque y reducir la hiperactividad. El uso de estos medicamentos puede causar náuseas, sueño, somnolencia, vómito, estreñimiento, desvelo, pérdida de apetito, agitación, empeoramiento de la depresión, resequedad en la boca, confusión, disminución de la respiración, y pérdida de coordinación a tal grado que no pueda conducir ni operar maquinaria pesada. Estos medicamentos pueden resultar en dependencia física, lo que significa que, si los suspende abruptamente, puede provocar síntomas de abstinencia; dependencia psicológica, lo que significa que al suspenderlo abruptamente puede causarle ansias por el medicamento; tolerancia, lo que significa que necesita más medicamentos para recibir el mismo efecto; y adicción, lo que significa que usted puede desarrollar problemas basado en factores genéticos u otros factores. Usted debe informarle a su médico si usted está embarazada o está considerando embarazarse.

Testamentos vitales en Kentucky

Por favor infórmele a su proveedor si tiene un testamento vital, directiva médica anticipada, poder notarial, o cualquier otro documento que le permita a alguien más tomar decisiones acerca de su atención médica por usted o documentos que especifican sus deseos para su cuidado. **Usted es responsable de informarle a su equipo de atención médica si usted tiene alguno de estos tipos de documentos.**

Certificación: Yo certifico que he leído y entendido el consentimiento y las autorizaciones dadas anteriormente y que yo soy el paciente, o yo estoy debidamente autorizado(a) por el paciente para ejecutar este documento y aceptar sus términos.

Derechos y Responsabilidades: A mí me han informado de mis Derechos y Responsabilidades como paciente.

NOTA: **SE DEBEN** ofrecer servicios de interpretación para idiomas adicionales al inglés.

Patient/Paciente or/y Legal
Representative/Representante Legal

Fecha (mes, día, año)/Date Hora (am/pm)/Time

Relationship to Patient/Parentesco al paciente

Interpreter Name or ID #
AM-0004-SP 5/3/2022*

In person or via Cyacom (circle one)
Page 2 of 2

*Standard changes to Spanish copy only 12/16/2022



Notice of Privacy Practices Aviso de Prácticas sobre Privacidad

Efectivo a partir del 14 de abril del 2003
Revisado Septiembre 23 del 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

NUESTRO COMPROMISO EN CUANTO A LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU ESTADO DE SALUD

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de toda la información de su estado de salud que generamos y mantenemos como resultado de la atención médica que le proporcionamos. Su "información de salud protegida" (PHI, por sus siglas en inglés) incluye información acerca de sus antecedentes médicos, su estado actual y cuidados de salud que le pudiésemos proveer en el futuro, pago por la atención médica especificada en su expediente, y los servicios brindados en las instalaciones de University of Kentucky HealthCare. El propósito de este Aviso es explicar quien, que, cuando, donde, y por qué su PHI se puede usar o divulgar, así como asistirlo en tomar decisiones al autorizar a cualquier persona para que pueda utilizar o divulgar su PHI.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Pedir por escrito al área de tratamiento una restricción

- en los usos y las divulgaciones de PHI según se describe en este aviso. No estamos obligados a acceder a la restricción que usted pida. Es posible que no podamos cumplir con su petición en ciertas situaciones, las cuales incluyen tratamiento de emergencia, divulgaciones a la Secretaría del Centro de Salud y Servicios Humanos, y usos y divulgaciones que no requieran su autorización.

Solicitar por escrito una restricción cuando está pagando

- completamente por su cuenta los gastos de un artículo o un servicio para el cuidado de su salud.

AM - 0001 - SP 3/8/2023

- Obtener una copia impresa de este Aviso al haber entregado por escrito la solicitud a la instalación encargada de su atención médica en UK que mantiene su expediente médico, inspeccionar y/u obtener una copia del expediente.

Enmendar su expediente médico al entregar por escrito

- las razones que apoyen su petición al departamento de Expedientes Médicos. Su petición puede ser denegada si (a) el expediente no fue creado por nosotros, a menos que la persona que lo haya creado ya no esté disponible para hacer la enmienda; (b) el expediente no es parte de la información que se usó para tomar las decisiones acerca de usted; (c) nosotros creemos que el expediente está correcto y completo; o, (d) usted no tenga el derecho a ver y copiar el expediente según descrito aquí.

Pedir al Oficial de Privacidad una lista impresa de las

- divulgaciones que nosotros hicimos de su información de salud, con la excepción que no se nos requiere dar cuenta de divulgaciones por propósitos de tratamiento, pago, operaciones, notificación de directorio, asistencia en casos de desastre, según sea permitido por la ley, bajo determinadas circunstancias, o conforme a su autorización.

Pedir por escrito, al área que brindó el tratamiento, que

- nosotros nos comuniquemos con usted por medio de un método y lugar específico. Típicamente, nos comunicaremos con usted en persona, por carta, o teléfono.

Revocar su autorización para usar o divulgar PHI en

- cualquier momento a menos que su autorización haya sido obtenida como condición para obtener información sobre la cobertura de su seguro, y excepto en la medida en que su PHI ya haya sido divulgada conforme a su autorización. Su solicitud para la revocación debe hacerse por escrito al departamento de Medical Records de la instalación en donde usted originalmente entregó su autorización.

Notificarle si ha ocurrido una revelación inapropiada de

- la información protegida de su salud.

Recibir, de ser posible, copia electrónica de su

- expediente médico

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Mantener la privacidad de su PHI y proveerle con un aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI.

Acatar con los términos del Aviso actualmente en efecto. Tenemos el derecho a cambiar nuestro Aviso de Prácticas sobre Privacidad, y a aplicar el cambio a toda su PHI, incluyendo la información obtenida antes del cambio.

Publicar avisos de cualquier cambio ocurrido a nuestra Prácticas sobre Privacidad en el vestíbulo y proveerle una copia si la solicita.

CONTACTO PARA PREGUNTAS/QUEJAS/PETICIONES

Dirija sus preguntas, quejas y peticiones conformes a este Aviso a:

Privacy Officer,

**2333 Alumni Park Plaza, Suite 200,
Lexington, KY 40517**

(859) 323-1184 o (859) 323-8002 Usted también puede entregar una queja con la Secretary of Health and Human Services. Al quejarse, no se tomará ninguna represalia contra usted.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU PHI

Podemos usar y divulgar su PHI con los siguientes propósitos:

Tratamiento: Podemos usar y divulgar su PHI a cualquier persona involucrada en brindarle atención médica, incluyendo, por ejemplo, los médicos de la Universidad, enfermeras de práctica avanzada, otros profesionales de la salud, incluyendo a nuestros estudiantes de medicina, residentes y voluntarios. También podemos divulgar su PHI a otros profesionales del área de la salud y empleados que presten su servicio fuera de este centro en caso de que sea necesario para su atención médica. También puede que compartamos su información de salud con profesionales y personal médico de otras organizaciones externas involucradas en su tratamiento si lo consideramos necesario para su atención médica.

Pago: Podemos usar y divulgar su PHI a agencias de cobro y recaudos, compañías de seguro y planes de salud para recibir los pagos por nuestros servicios.

Operaciones del Atención Médica: Podemos usar y divulgar su PHI para nuestras actividades de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar su cuidado con el fin de mejorar la calidad y seguridad de nuestro servicio; para evaluar las habilidades, aptitud y desempeño de nuestros proveedores de salud, para proveer programas de entrenamiento para estudiantes, aprendices y otros proveedores médicos. Adicionalmente, nuestros contadores, auditores y abogados pueden usar su PHI para asistirnos en el cumplimiento de las leyes correspondientes.



Notice of Privacy Practices

Effective April 14, 2003
Revised September 23, 2013

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU PHI

Socios de negocio: Hay algunos servicios que se le proveen a nuestra organización a través de contratos, como los servicios de laboratorio y radiología. Podemos divulgar la información sobre su estado de salud a nuestros socios para que puedan llevar a cabo estos servicios. Requerimos que los socios protejan su información según nuestros estándares.

Individuos involucrados en su cuidado: Podemos divulgar su PHI a familia u otros identificados por usted, o quienes estén involucrados en sus cuidados o el pago de los servicios. También es posible que le demos información de su ubicación y condición general a un miembro de su familia, o a otra persona responsable de sus cuidados, a menos que usted se oponga y se ponga en contacto con el personal de la instalación que le ha provisto sus cuidados.

Divulgación legal requerida y Salud Pública: Podemos divulgar PHI según lo requiera la ley, incluyendo a los oficiales gubernamentales, para prevenir o controlar una enfermedad, para reportar abuso de niños, adultos, o esposos/parejas, para reportar reacciones o problemas con productos, así como para reportar nacimientos y fallecimientos.

Actividades de supervisión: Podemos divulgar su PHI a una agencia federal o estatal que esté autorizada a supervisarlos.

Compensación laboral: Podemos divulgar PHI en caso de compensaciones laborales o programas similares.

Amenazas Serias a Salud o Seguridad: Podemos divulgar PHI si es necesario para prevenir o reducir el riesgo de una amenaza seria o inminente a la salud o la seguridad de un individuo o el público en general.

AM-0001 3/8/2023

Agencias del Orden Público y Citaciones: Podemos divulgar PHI a las agencias del orden público tal como información limitada para los propósitos de identificación y localización, así como información con respecto a

supuestas víctimas de crimen, incluyendo crímenes cometidos en nuestra propiedad. También podemos divulgar PHI a otras personas según lo requiera la corte o por orden administrativa, o como respuesta a un llamado o citación.

Prisioneros: Podemos divulgar su PHI al correccional que esté a cargo de su custodia si es necesario para (a) proveerle cuidados médicos; (b) la salud y seguridad de otros; o, (c) la seguridad del correccional.

Información con Respecto a Difuntos: Podemos divulgar la PHI de una persona fallecida a: 1) un médico forense u otros médicos para identificar la causa de muerte u otras responsabilidades, 2) directores funerarios para que cumplan con las responsabilidades requeridas y 3) a organizaciones con propósitos de donación de órganos y tejidos.

Investigaciones: Podemos divulgar PHI cuando la divulgación sea solamente con el propósito de diseñar un estudio, o cuando la divulgación involucre a fallecidos, o cuando se lleve a cabo un seguimiento o revisión por parte de la institución que haya determinado que el obtener la autorización no sea posible y los protocolos estén en pie para asegurar la privacidad de la información sobre su salud. En el resto de las situaciones, nosotros solamente podemos divulgar PHI para propósitos de investigación con su autorización.

Alternativas de Tratamiento: Podemos usar y divulgar su PHI para dejarle saber las alternativas de tratamiento que le puedan interesar.

Recaudación de Fondos: Podemos usar su información demográfica, como nombre, dirección, teléfono y las fechas que recibió tratamiento o servicios para contactarle cuando tratemos de adquirir fondos para apoyar la misión de educación e investigación médica de UK HealthCare. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos llamando al 859-323-6302, al número gratuito 1-855-470-2163 o mandando un correo electrónico a UKMedCenterDev@uky.edu

Directorio Informativo: Podemos divulgar su nombre, su ubicación y condición general, a aquellas personas que pregunten por usted usando su nombre, o a miembros del clero. Usted puede oponerse a tal divulgación hablando a la Oficina de Registro ("Registration Office/Desk") de la instalación en donde usted recibió este Aviso.

Recordatorios de Citas: Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle acerca de una cita médica que tenga.

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

1. **Venta y Mercadeo de PHI.** No podemos vender, usar o divulgar su PHI con el propósito de mercadeo sin su autorización.
2. **Notas Psicológicas.** La mayoría de los usos y divulgaciones de notas psicológicas requieren autorización.

Cualquier otro uso o divulgaciones. El resto de los usos y divulgaciones de su PHI se harán solamente con su autorización por escrito, la cual usted tiene el derecho de revocar en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos hecho divulgaciones conforme a su autorización.

Cambios a Este Aviso

Reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y generar uno nuevo para todo PHI que nosotros mantengamos poniendo las modificaciones del Aviso en nuestras instalaciones, haciendo copias de la revisión del Aviso al ser pedido por instalación o el Oficial de Privacidad, o colocando las modificaciones del Aviso en nuestra página web.



Aviso de Prácticas sobre la Privacidad

Efectivo 14 de abril 2003

Este aviso fue anexado a la versión del 23 de septiembre 2013

Sección 1557 de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio ("ACA" por sus siglas en inglés) AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES EN UK HEALTHCARE

La University of Kentucky cumple con las leyes federales de los derechos civiles y no discrimina basado en raza, color, origen nacional, incapacidad, o sexo. La University of Kentucky no excluye a la gente o la trata diferente por razones de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o sexo.

Los programas de salud y las actividades de la University of Kentucky:

- Proveen recursos y servicios para incapacitados para que ellos puedan comunicarse con eficacia con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados para el lenguaje de señas estadounidense
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles electrónicamente)
- Proveen servicios gratuitos de idioma a la gente cuyo primer idioma no es inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes médicos calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, contacte a cualquier empleado del programa de salud de UK HealthCare.

Si usted cree que la University of Kentucky no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra forma basado en raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o sexo, usted puede presentar una queja con:

Heather Roop, Section 1557 Coordinator, ADA Coordinator and Technical Compliance Officer
Institutional Equity and Equal Opportunity
University of Kentucky
13 Main Building
Lexington, KY 40506-0032

Teléfono: (859) 257-8927

Fax: (859) 323-3739

E-mail: heather.roop@uky.edu

Usted puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax, o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, la oficina de UK HealthCare Patient Experience o Heather Roop, Coordinadora de la Sección 1557 está disponible para ayudarlo.

Usted también puede presentar una queja electrónicamente sobre los derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Oficina de Civil Rights, a través del portal de quejas de la Oficina de Civil Rights seleccionando "Cómo presentar una denuncia-Español," disponible en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf o por correo postal al:

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

Número telefónico: 1-800-368-1019

Número (DTS): 1-800-537-7697

Los formularios para presentar quejas están disponibles en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Aviso de Prácticas sobre la Privacidad

Efectivo 14 de abril, 2003

Esto fue agregado a la versión del 23 de septiembre 2013



SU DERECHO A UN INTÉRPRETE

Usted tiene el derecho a un intérprete un servicio gratuito.



American Sign Language (ASL)

You have the right to an interpreter at no cost to you. Please point to this line. An interpreter will be called. Please wait.

ENGLISH If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

SPANISH Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno.

CHINESE 如果您讲汉语普通话，则可以免费向您提供语言协助服务。

GERMAN Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachhilfen zur Verfügung.

VIETNAMESE Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị, nếu quý vị nói tiếng Việt.

ARABIC إذا كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً

SERBO-CROATIAN
(SERBIAN) Ukoliko govorite srpski, na raspolaganju su vam besplatne usluge jezične pomoći.

JAPANESE 日本語を話される場合には、無償の言語支援サービスがご利用いただけます。

FRENCH Si votre langue est le français, des services d'assistance linguistiques sont mis gratuitement à votre disposition.

KOREAN 모국어가 한국어일 경우 무료 언어지원 서비스가 제공됩니다.

FRANCO-GERMAN
DUTCH Wann du Deutsch schwetzsch, kannsch du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch.

NEPALI यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंले बिना कुनै शुल्क भाषा सहायता सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

OROMO
(OROMO) Yoo qooqa Oromo dubbatta tahe, tajaajilli gargaarsaa, baasi (kaffaltii malee) siif jira.

RUSSIAN Если ваш язык — русский, то вам могут быть предоставлены бесплатные услуги переводчика.

TAGALOG Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo sa lengguahe na walang bayad.

BANTU
(KINLUUNO) Niba uvuga Ikirundi, hari servisi itishurwa yo gusobanura indimi.

Servicios disponibles en 200+ idiomas.

- University of Kentucky A.B. Chandler Hospital ● UK HealthCare Good Samaritan Hospital ● UK HealthCare Ambulatory Services ● UK Dental and Oral Health Clinics

Date: _____ Time: _____

(Patient Label Here)

**Recibo de Aviso de Prácticas sobre la Privacidad
(Receipt of Notice of Privacy Practices)**

Yo entiendo que como parte de los cuidados pertinentes a mi salud, la Universidad de Kentucky y sus afiliados generan y guardan los expedientes médicos. Estos documentos describen mi historia médica, síntomas, resultados de los exámenes y análisis, diagnóstico(s), tratamiento(s), y cualquier plan para el futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- base para planear mis cuidados y tratamiento
- modo de comunicación entre los diversos profesionales de la salud que contribuyen a mis cuidados ● fuente de información para cargar los gastos de mi diagnóstico e información del tratamiento médico a mi cuenta ● una manera para que un pagador (por ejemplo, compañía de seguro o seguridad) pueda verificar que los servicios cobrados fueron dados
- una herramienta para controlar las actividades de rutina, tales como, evaluar la calidad y revisar el desempeño de los profesionales de la salud

El aviso sobre las prácticas de privacidad de la Universidad de Kentucky y sus afiliados da una descripción más completa de cómo mi información de salud se puede usar o divulgar. El aviso también explica mis derechos con respecto a mi información de salud personal, incluyendo el derecho de tener acceso a mis propios expedientes médicos y el derecho a solicitar restricciones en cuanto al uso o divulgación de mi información.

Yo entiendo que es mi responsabilidad avisarle a la Universidad de Kentucky y a sus afiliados sobre cualquier restricción para divulgar información sobre mi estado de salud con respecto a esta visita o otra posterior.

Me han provisto el Aviso sobre las prácticas de privacidad y me han dado la oportunidad de leer este aviso.

Firma del Paciente o Representante Legal_____
Fecha
(mes/día/año)_____
Witness/Testigo_____
Date/Fecha
(mes/día/año)

KENTUCKY EYE EXAMINATION FORM FOR SCHOOL ENTRY

KRS 156.160.8 (g) requires proof of a vision examination by an optometrist or ophthalmologist. This proof shall be submitted to the school no later than January 1 of the first year that a child is enrolled in a Kentucky public school, public preschool, or Head Start.

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION AND RECORDS

IDENTIFYING INFORMATION

Student Name: _____ Social

Security Number: _____ Date of Birth: _____

Parent or Guardian Name: _____

RECORD OF IMMUNIZATION TO BE REPORTED ON IMMUNIZATION CERTIFICATE FORM, EPID 230 CASE HISTORY

Date of Exam: _____

Chief Complaint: _____

Ocular History: Normal or Positive for: _____

Medical History: Normal or Positive for: _____ Drug

Allergies: NKDA or Allergic to: _____

Family Ocular and Medical History: Amblyopia Strabismus Glaucoma Diabetes

Other: _____

Other Pertinent Information: _____

Refraction with cycloplegic? (please indicate one) YES NO

	OD	OS
Unaided Acuity	20 / _____	20 / _____
Best Corrected Acuity	20 / _____	20 / _____

Normal Abnormal Not able to Assess

External Exam (eye and adnexa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internal Exam (media, lens, fundus, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurological Integrity (pupils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binocular Function (stereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accommodation and convergence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Color Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnosis: Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other: _____

Recommendations:

1 Glasses prescribed: YES NO

2 _____

3 _____

Age appropriate and suggested anticipatory guidance (health assessments):

- Educate (parents/patients) about eye/vision disorders and needed vision care
- Counsel (parents/patients) regarding eye safety
- Stress importance of early, preventative eye care
- Recommend re-examination, as appropriate

Signed: _____ Date: _____

Optometrist/Ophthalmologist

Address: _____ Telephone: () _____



UK HealthCare Financial Assistance Application
Programa de Asistencia Financiera

Medical Record Number/No. de Cuenta: _____		Today's Date/Fecha: ____/____/____	
Date(s) of hospital service provided or to be provided/ Fecha(s) que fue atendido o será atendido: ____/____/____ --- ____/____/____			
A Patient Name/Nombre del paciente: (Last/Apellido), (First/Nombre), (MI)		Social Security Number/Número de seguro social	
Date of Birth/Fecha de nacimiento			
Phone/No. de teléfono	Work Ph./No. de teléfono del trabajo	Single/Soltero	Married/Casado
		Minor/Menor / Adulto/Adultado	
Address/Dirección (Street/No. y calle) (City/Ciudad) (State/Estado) (Zip/Código postal)			How Long/Cuánto tiempo Yr./Año/s: _____ Mo./Meses: _____
Employer (Empleador)/Income Source (Fuente de ingresos):	City/State (Ciudad/Estado):	Phone No./No. de Teléfono:	How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: _____ Mo./Meses: _____
B Spouse(Esposo)/Parent(Padres)/Guardian(Tutor Legal) Name (Last/Apellido),(First/Nombre),(MI)		Social Security Number/ Número de seguro social	Relationship to Patient/ Relación con el paciente:
Phone/No. de teléfono	Address/Dirección:(Street/No. y calle),(City/Ciudad),(State/Estado),(Zip/Código postal)		How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: _____ Mo./Meses: _____
Employer (Empleador)/Income Source (Fuente de ingresos):	City/State (Ciudad/Estado):	Phone No./No. de Teléfono:	How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: _____ Mo./Meses: _____
C Co-Guarantor/Tutor Legal (Last/Apellido), (First/Nombre), (MI)		Social Security Number/ Número de seguro social	Relationship to Patient/ Relación con el paciente:
Phone/No. de teléfono	Address/Dirección:(Street/No. y calle),(City/Ciudad),(State/Estado),(Zip/Código postal)		How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: _____ Mo./Meses: _____
Employer (Empleador)/Income Source (Fuente de ingresos):	City/State (Ciudad/Estado):	Phone No./No. de Teléfono:	How Long/Cuánto tiempo: Yr./Año/s: _____ Mo./Meses: _____
D Household Members – Each Person living in the Household/Integrantes del Hogar – Todas las personas que viven en la casa			
Name/Nombre	Employment Status/¿Trabaja esta persona?	Relationship/ Relación con el paciente	Age/Edad
E Monthly Gross Family Income*/Salario Mensual del Hogar*			
(a) Patient/Paciente: \$ _____	(b) Spouse(esposo)/ Co-Guarantor(Tutor Legal): \$ _____	(c) Retirement(Retiro)/ Pension(Pension): \$ _____	(d) Social Security (Seguro social/discapitado): \$ _____
(e) Child Support (Manutención del hijo): \$ _____	(f) Unemployment/Desempleo: \$ _____	(g) AFDC / TANF / Welfare: \$ _____	(h) Alimony/Manutención del esposo: \$ _____
(i) Workers Comp Benefits/ Compensación de trabajadores: \$ _____	(j) Rental Property or Lease/ Propiedades de renta: \$ _____	(k) Guard (Guarda) / Reserves (Reserva) / Military (Militar): \$ _____	(l) Interest (Interés) / Dividends (Dividendos): \$ _____
(m) List Other Income / Assistance, Grants, Financial Aid and Scholarships please describe/Otros ingresos/ Asistencia, Favor de notar y describir::			
_____ \$ _____ \$ _____ \$			
TOTAL (a – m) \$ _____ × 12 months (meses) = Annual Gross Income/ Salario total anual		Total Income/ Salario total: \$ _____	
F Countable Resources/Recursos Contables			
	Bank Name/Nombre de Banco	Balance/Value (Valor)	
Checking/Cuenta corriente		\$ _____	
Savings/Cuenta de ahorros		\$ _____	

Certificate of Deposit/Certificado de Depósito		\$
Money Market (Mercado de Valores), Mutual Funds (Fondo Mutuo)		\$
Stocks (Acciones), Bonds (Inversiones), Other (Otros)		\$

Total Health Bills Owed(Balance de todas las cuentas médicas): \$ _____ **Total Resources (Recursos Totales): \$ _____**
 Note Countable resources are reduced by unpaid medical expenses of the family unit to establish eligibility.
 Nota Los recursos contables son reducidos por gastos médicos impagados de la familia para establecer elegibilidad

University of Kentucky HealthCare ● Patient Financial Experience Department ● 1000 South Limestone Room A101 ● Lexington, KY
 40536 Phone: 855-211-4707 ● Fax: 859-257-8071

Patient Financial Experience Department

Updated: 08/2021

2021 Federal Poverty Guidelines **Integrantes**

Household Size	Resource Limit		de la Familia	Salario	(Limite del Salario Anual)
1	\$2,000.00	\$12,880.00	1	\$2,000.00	\$12,880.00
	\$17,420.00	\$4,050.00	2	\$4,050.00	\$21,960.00
	\$4,100.00	\$26,500.00	3	\$4,100.00	\$26,500.00
5	\$4,150.00	\$31,040.00	4	\$4,150.00	\$31,040.00
			5	\$4,150.00	\$31,040.00

*Note: Income limits are effective as of April 1, 2021

All income of a family unit is to be counted. A family unit includes:
 a. the individual
 b. the individual's spouse who lives in the home
 c. a parent or parents, of a minor child, who lives in the home
 d. all minor children who live in the home
 Related and non-related household member(s) who do not fall into one of the groups listed above are considered a separate family unit. *Countable resources are limited to cash, checking and savings, stocks, bonds, certificates of deposit, and money market accounts *Countable resources may be reduced by unpaid medical expenses of the family unit to determine eligibility

*Nota. Los límites de salario son efectivos el 1 de abril de 2021. Todos los ingresos de la unidad familiar deben ser contados. Una unidad familiar incluye:
 a) el individuo
 b) el/la esposo/a del individuo que vive en el hogar
 c) el padre o los padres de un niño menor de edad
 d) que vive en el hogar todos los niños menores de edad que viven en el hogar Considerarán a los miembros relacionados y no relacionados de la casa que no califican en uno de los grupos mencionados arriba como una familia separada. *Los recursos contables son limitados a una cuenta corriente y/o ahorros, acciones, inversiones, certificados de depósito y cuentas de mercado de valores *Los recursos contables puede ser reducidos por gastos médicos impagados para determinar elegibilidad.

If you have insurance you can only qualify for financial assistance if your Annual Income Limit is 138% or less of the federal poverty level (Medicaid Spend Down and Medicaid copays are excluded). If your limit is over 138% of the poverty level we will be glad to work with you on a payment plan. We offer additional levels of financial assistance to our non-insured patient for those services covered under our financial assistance policy. If you have questions or concerns about your financial assistance applications please call (855) 211-4707

Si el paciente tiene seguro médico, solo puede calificar por asistencia financiera si su salario anual es el 138% o menos del nivel de pobreza federal (la tarjeta Medicaid Spend down y los co-pays de Medicaid son excluidos). Si su salario anual es más del 138% del nivel de pobreza federal estaremos disponibles para ayudarlo con un plan de pagos. Nosotros ofrecemos niveles adicionales a los pacientes sin seguro médico para aquellos servicios cubiertos en nuestra póliza de asistencia financiera. Si usted tiene preguntas o quiere el estatus de su solicitud de asistencia, por favor llamar (855) 211-4707.

*Are you (the patient) a resident of Kentucky? "Resident" is defined as a person living in Kentucky and who is not receiving public assistance in another state. Yes No

¿Usted, el paciente, es residente de Kentucky? Un "Residente" se define como una persona viviendo en Kentucky y quien no está recibiendo asistencia pública del otro estado. Si No

Are you (the patient) (Please select all that applies)
 BLIND, DISABLED, OVER AGE 65, PREGNANT, a MINOR CHILD or have MINOR CHILDREN IN THE HOME?
 *If yes, you must contact the Department for Community Based Services in the county of your residence to apply for Medicaid.

* Por Favor todos que le corresponden. ¿Es el paciente CIEGO, DISCAPACITADO, MAYOR DE 65 Años, EMBARAZADA, UN MENOR DE EDAD o TIENE HIJOS MENORES DE EDAD EN EL HOGAR? Si la respuesta es SI, usted deberá comunicarse con el Department for Community Based Services (DCBS) en el condado que vive para solicitar Medicaid.

If an individual claims to be permanently and totally disabled, refer the individual to both DCBS to apply for Medicaid and to the Social Security Administration to apply for SSDI/SSI.

Si un individuo confirma que es permanentemente y totalmente discapacitado, por favor referir al individuo a DCBS para aplicar para Medicaid y también la Oficina de Administración del Seguro Social para aplicar para SSDI/SSI.

*Was the date of service related to an auto accident? Yes No

*La fecha del servicio fue debida a un accidente de auto? Si No

Comments:
 Número de _____
 Limite de _____
 2021 _____

Comentarios:

*I (we) hereby authorize the UK HealthCare (UKHC) to verify the information I have provided above. UKHC may verify employment and wages earned by contacting my employer or others. UKHC may obtain a financial credit report. I certify that the information provided on this application is correct and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that if I give false information or withhold information in accepting assistance, I may be subject to prosecution for fraud. I understand that a financial assistance application can be completed upon admission or at any time during the collection process up to when litigation begins or my account is transferred to a collection agency. UKHC reserves the right to make every reasonable attempt to collect from insurance companies or other third parties.

*Yo (Nosotros) autorizo a la Universidad de Kentucky HealthCare (UKHC) a verificar la información que he proveído en este formulario. UK podría comunicarse con mi empleador u otros para verificar mi salario. UKHC podría solicitar un reporte de mi crédito. Yo certifico que la información proveída en este formulario es correcta. Yo entiendo que si doy información falsa u oculto información para obtener asistencia financiera, podré ser acusado de fraude. Entiendo que el formulario para asistencia financiera podrá ser completado al ser admitido en el hospital o en cualquier momento durante el proceso de cobranza hasta que el litigio comience o mi cuenta sea transferida a una agencia de cobranza. La UKHC se reserve el derecho de realizar todo intento razonable de cobranza a las compañías de seguro médico o a terceras partes.

Signature (Firma): _____ **Date (Fecha)** _____ **UK HealthCare Employee:** _____

University of Kentucky HealthCare • Patient Financial Experience Department • 1000 South Limestone Room A101 • Lexington, KY
40536 Phone: 855-211-4707 • Fax: 859-257-8071