



MAHEC
Ob/Gyn Specialists



BIENVENIDOS AS NUESTRA CLÍNICA

Felicitaciones por su embarazo y gracias por elegir a los especialistas en obstetricia y ginecología de MAHEC para su atención obstétrica. Nuestro equipo extiende nuestra más cordial bienvenida a usted y su familia.

Como su especialista, nos comprometemos a brindarle el más alto nivel de atención compasiva en un entorno cómodo y centrado en el/la paciente. Recibirá atención de calidad de nuestro equipo, que incluye médicos, estudiantes residentes de obstetricia, estudiantes residentes de medicina familiar, y un personal de práctica avanzada de enfermeras parteras y enfermeras practicantes.

Su primera cita de atención prenatal puede demorar varias horas. Desafortunadamente, no tenemos un centro de cuidado de niños, así que por favor organicen el cuidado de los niños pequeños. Si necesita traer a un niño/a pequeño/a con usted, pedimos que tenga a otro adulto con usted que pueda cuidar a sus niños mientras su proveedor lo/la atiende.

HORARIO DE OFICINA - lunes a viernes 8:00 - 5:00

Si tiene alguna preocupación llame al (828) 771-5500. Una enfermera le devolverá la llamada el mismo día, lo antes posible. En caso de emergencia, informe a la recepcionista cuando llame para que una enfermera pueda hablar con usted de inmediato.

FUERA DE HORAS

Durante las noches, los fines de semana y días feriados, un grupo de quince médicos tratantes cubre atiende nuestra clínica. Además, otros médicos de la comunidad nos ayudan en nuestro sistema de cobertura. Hemos descubierto que este es el sistema más seguro y eficaz para servirle. Una persona de este grupo está de servicio en el Hospital Mission (Mission Hospital) en todo momento. Es útil si usted llama antes de acudir al hospital. Puede comunicarse con nosotros llamando a nuestra oficina al (828) 771-5500 y seleccionando la opción # 1 para el servicio de contestador. Su llamada será atendida por una enfermera y asignada a un médico. Si tiene un problema que no es urgente, puede seleccionar la opción # 2 para un mensaje de correo de voz para nosotros. Las llamadas se devuelven el siguiente día hábil.

MAHEC Ob/Gyn Specialists

Mary C. Nesbitt Biltmore Campus, 119 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803

Phone: 828-771-5500 | **Fax:** 828-771-5454

Información importante acerca de su primera cita prenatal

Ahora, sabiendo que está embarazada, es importante cuidarse bien y cuidar bien a su bebé. Su primera cita prenatal es normalmente la más larga porque su proveedor/a de cuidado de salud tiene muchas preguntas para usted y le hace varios estudios.

¿Cómo prepararse para su primera cita prenatal?

Quizás no sabrá qué esperar en su primera cita. Una buena preparación le ayudará. En esta cita su proveedor/a conversará con usted sobre su salud. Él o ella puede preguntarle sobre su historial de salud, usando un formulario y la computadora. Esto le ayuda a su proveedor/a planificar el mejor cuidado para usted y su bebé.

Prepárese para poder contarle a su proveedor/a sobre:

- La fecha de su última regla (esto le ayuda a su proveedor/a encontrar su fecha prevista del parto)
- Los ultrasonidos que ya ha tenido en este embarazo
- Sus problemas de salud, tales como diabetes, presión arterial alta o infecciones de transmisión sexual
- Sus pasados embarazos (mencione, si tuvo un parto prematuro o un aborto espontáneo)
- Sus estadías en un hospital
- Las medicinas que usted toma o sus alergias contra medicinas
- Su estilo de vida, mencione si toma alcohol, fuma o toma drogas de la calle
- Sus ejercicios u otras actividades que usted hace
- El estrés que usted siente
- La seguridad de su ambiente
- El historial de salud de su familia (hable con sus parientes consanguíneos para informarse acerca de enfermedades y padecimientos que existen en su familia)
- El historial de salud de la familia de su pareja.

Además, siga informándose sobre el historial de salud de su familia. Si se entera de una información nueva o si tiene una pregunta para su proveedor/a, anótelas. Puede hablar con su proveedor/a en su próxima cita. Estos pasos le ayudarán a tener un embarazo sano y bebé sano.

¿Cuáles otras cosas suceden en la primera cita prenatal?

En su primera cita prenatal, su proveedor/a le hace algunas pruebas con respecto a su salud y la salud de su bebé.

- Él o ella chequea su peso
- Chequea su presión arterial
- Chequea su orina por indicios de infección
- Hace algunos análisis de sangre para chequear si tiene anemia o ciertas infecciones (recomendamos la prueba de VIH, que es el virus que causa el SIDA, para todas las mujeres)
- Le receta una vitamina prenatal con 600 microgramos de ácido fólico
- Le hace un examen físico completo y le programa una cita de ultrasonido para asegurar un buen inicio de su embarazo
- Quizás le hace un frotis de Papanicolaou, para chequearla por cáncer cervical, y otras pruebas por infecciones vaginales

¡Mantenga todas sus citas prenatales, incluso si se siente bien!

La conversación sobre su salud y su examen físico se harán en privado y toda la información de salud se mantendrá confidencial. Usted recibirá información importante sobre la nutrición y también llegará a conocer a nuestra nutricionista, asesora financiera y nuestras trabajadoras sociales.



¡Bienvenidos a MAHEC!

Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud. MAHEC ha formado parte de Asheville desde 1974 y continuamos nuestra tradición de atención premiada con orgullo. Nuestros/as proveedores/as de atención de salud y nuestro personal están contentos/as de tener la oportunidad de cuidar a su familia entera en nuestros consultorios de salud de familia, medicina interna, en nuestros consultorios de obstetricia, las clínicas dentales y en el centro de psiquiatría. Servimos orgullosamente a todos/as los/as pacientes, sin importar sus ingresos o situación de seguro de salud.

- MAHEC está expandiendo nuestro programa de asistencia financiera para ofrecer por encima de lo que habíamos ofrecido anteriormente. Para facilitar este cambio pedimos a todos/as nuestros/as pacientes, actuales y nuevos/a, que completen un paquete de formularios de información de nuevo/a paciente.
- Nuestros/as asesores/as financieros/as de paciente están disponibles para guiarlo/a en el proceso de solicitar la asistencia ofrecida a través de nuestro programa de descuento de escala móvil. Se basa la elegibilidad en los ingresos y el tamaño de la familia. Se espera el pago de las cantidades de dinero de las cuales usted es responsable a la hora del servicio. Podemos ayudarle con opciones de pago, si usted no puede saldar la cuenta.

ANTES DE SU CITA

Este paquete de bienvenida incluye formularios que usted necesita por favor leer y completar antes de su cita

Es **MUY** importante que usted complete cada uno de los formularios y que entregue el paquete entero al personal de la recepción cuando llegue al consultorio para su cita. Por favor llegue **15 minutos antes de la hora de su cita** para finalizar el proceso de inscribirse.

Otras documentaciones que usted necesita llevar:

- Tarjeta de seguro de salud y licencia de conducir (u otra tarjeta de identidad válida con foto)
- Historial de salud o informes médicos relevantes
- Lista de medicamentos actuales o los frascos de sus medicinas
 - o Nombre de la medicina
 - o Dosis recetada(s)
 - o Cuánto tiempo lleva tomando la(s) medicina(s)

Portal de paciente de MAHEC

Nos complace brindarles a todos/as nuestros/as pacientes una herramienta en línea que les da acceso a su registro de salud personal 24/7. Con el portal, usted puede, de forma segura, enviarle notas por correo electrónico a su proveedor/a de atención de salud, mirar sus resultados de análisis de laboratorio, repasar su historial médico y mucho más. Usaremos la dirección de correo electrónico que usted nos da para brindarle acceso al portal, si usted no lo tiene actualmente. Simplemente espere ver un correo electrónico con instrucciones que le llegará después de su cita.

¡Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud!



MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

- Internal Medicine
 FHC Biltmore
 FHC Cane Creek
 FHC Enka/Candler
 FHC Newbridge
 Ob/Gyn Biltmore
 Ob/Gyn Franklin
 Women's Care Brevard
 Psychiatry
 Deerfield
 Givens

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección de la casa: _____ Género al nacer: Masculino Femenino
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nº de seguro social: _____
 Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____
 Número telefónico en casa: _____ Celular: _____ Número telefónico en el trabajo: _____

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

Necesidades especiales de la audición:

Necesidades especiales de la visión:

Utiliza silla de ruedas: Sí No

Tiene trastorno del habla: Sí No

Tiene estatus de veterano/a: Sí No

Raza (seleccione una):

- Asiático/a
 Nativo/a de Hawái
 De otras islas de Pacífico
 Negro/a, afroamericano/a
 Nativo/a de América del Norte o de Alaska
 Blanco/a
 Más de una sola raza

Identidad étnica (seleccione una):

- Hispano/a o latino/a
 No hispano/a o latino/a

Identidad de género:

- Masculino
 Femenino
 Transgénero masculino
 Transgénero femenino
 Otro
 Elijo no divulgar

Orientación sexual:

- Lesbiana o gay
 Heterosexual
 Bisexual
 Otra orientación sexual
 No sé
 Elijo no divulgar

Idioma preferido:

- Inglés
 Español
 Ruso
 Lengua de signos americana
 Otro idioma: _____

Estado civil:

- Soltero/a
 En una relación
 Con pareja
 Casado/a
 Separado/a
 Divorciado/a
 Viudo/a

Poblaciones especiales

- Migratorio/a Sí No
 Estacional Sí No
 Sin hogar Sí No

Estatus de vivienda (seleccione uno):

- No sin hogar
 Viviendo en un refugio para personas sin hogar
 Transicional
 Compartiendo cuarto
 Viviendo en las calles
 Vivienda permanente de apoyo
 Otra forma de vivienda

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido(s): _____
 Parentesco: _____ Número telefónico: _____

SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: _____
 Parentesco: _____ Número telefónico: _____

INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS

_____ Número de personas en el hogar: _____

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC.
- Trabajaré conmigo para establecer planes de pago.
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamento apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS

Autorizo a MAHEC a conversar sobre información médica y financiera acerca de la atención y de los servicios brindados a mí con las siguientes personas:

Contacto #1

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #2

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #3

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Primary Care Provider: _____

Copy of insurance card obtained? Yes No



OB/GYN Specialists Información de facturación de embarazo

¡Felicitaciones por su embarazo y gracias por escoger MAHEC OB/GYN Specialists!

Deseamos brindarle información, que puede ser útil para usted, acerca de la facturación relacionada con su atención prenatal. Cooperamos con muchas compañías de seguro de salud, entre otros el Medicare, Medicaid, BCBS, United Healthcare, Cigna, MedCost y Crescent. Por favor llame a nuestro departamento de facturación al 828-257-4725, si tiene preguntas acerca de su seguro de salud.

Recomendamos que todas las pacientes, incluyendo a las pacientes quienes tienen seguro de salud, soliciten el Medicaid para mujeres embarazadas. Esto es un Medicaid específico que permite un rango de ingresos mucho más alto que el Medicaid regular. Se permite que usted tiene ambos, su seguro y el Medicaid. Si usted califica, el Medicaid cubrirá su co-seguro y sus deducibles cuales su compañía de seguro le encarga. Usted necesita solicitar el Medicaid cuanto antes para que se le cubra todas sus citas. Necesitará solicitar el Medicaid en el departamento de servicios sociales del condado en el cual usted vive. Vea la siguiente lista de números telefónicos de los departamentos de servicios sociales de los condados circundantes para que se pueda informar acerca de qué tiene que llevar cuando solicite el Medicaid.

Buncombe County – 828-250-5500
Henderson County – 828-697-5500
Madison County - 828-649-2711
Yancey County - 828-682-6148
McDowell County - 652-3355

Rutherford County - 828-287-6199
Haywood County - 828-452-6620
Jackson County - 828-586-5546
Transylvania County - 828-884-3174
Polk County - 828-894-2100

Costo promedio por los servicios de un/a proveedor/a de MAHEC en un embarazo normal:

Atención prenatal, parto vaginal y atención postparto - \$3600.00

Atención prenatal, parto por operación cesárea y atención postparto - \$4200.00

Esto incluye sus citas con nuestro(s)/a(s) proveedor(es)/a(s) en el consultorio, el parto y las citas con nuestro(s)/a(s) proveedor(es)/a(s) postparto. **Análisis de laboratorio, ultrasonidos, monitorear (“non-stress tests”, NST por sus siglas en inglés), y otros servicios se cobran separadamente a la hora del servicio.** Por estos servicios su compañía de seguro puede encargarle un co-pago o deducible. El Medicaid (primario o secundario) no encarga co-payos ni deducibles para citas de embarazo. Por favor llame a Mission Hospital para informarse acerca de sus cobros por su estadía en el hospital (828-213-1500).

Si tiene preguntas, por favor no dude en llamar al departamento de facturación de MAHEC al 828-257-4725. Quizás tendremos que referirla a su compañía de seguro con respecto a preguntas específicas de póliza, pero estamos aquí para ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener acerca de su cuenta.

¡Otra vez, gracias por escoger MAHEC OB/GYN Specialists para sus necesidades de cuidado de salud!



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR
Apoyo financiero compasivo

¡Gracias por solicitar nuestro programa de descuento basado en los ingresos y tamaño del hogar!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesor/a financiero/a de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

Family Health Centers and Internal Medicine

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3507
Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Ob/Gyn Specialists

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-5443
Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:
119 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Center for Psychiatry and Mental Wellness

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3460
Fax: (828) 820-8327

Dirección postal:
125 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Dental Health Centers

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 398-5918
Fax: (828) 552-8691

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

¡Gracias!

Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan

Fuente	Usted	Pareja	Otro	Total
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.

Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.

Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)

Firma _____

Fecha _____

Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)

Approved by: _____

Date approved: _____

Family size: _____

Income: _____

Approved discount: _____

Date received signed agreement: _____

Verification Check List

Yes

No

Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR

Nombre y apellidos del/la paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación.			
Se divulga la información por:		Y se proporciona la información a:	
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:		MAHEC Ob/Gyn Specialists at: <input type="checkbox"/> Biltmore <input type="checkbox"/> Franklin <input type="checkbox"/> Women's Care at Brevard	
DIRECCIÓN:		119 Hendersonville Road	
CIUDAD/ESTADO		Asheville, NC 28803	
TEL:	FAX:		
El propósito o la necesidad de esta divulgación es:			
<p>Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.</p> <p>Información a ser divulgada: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i></p> <p><input type="checkbox"/> Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente la información relacionada con (especifique): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente el período de eventos de: _____ hasta _____</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusiones ___ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada ___ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello. ___ Documentaciones de salud mental ___ Pruebas genéticas</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente médico completo</p> <p>Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación: _____</p> <p>Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.</p> <p>Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinatario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.</p> <p>Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.</p> <p>Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.</p>			
FIRMA DEL/LA PACIENTE		FECHA	
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE <i>(Declare el parentesco con el/la paciente)</i>		FECHA	
FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE		FECHA	

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.