

## Formulario de Registro de Clientes

**NOMBRE LEGAL** (Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_ **Numero de Telefono:**

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Genero:**

Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

**ETNIA:**  Hispano o Latino  No-Hispano o Latino

**Carrera:**  Indio Americano/Nativo de Alaska

Asiatico

Negro/Afroamericano

Native de Hawaii u otra Isla Del Pacifico

Blanco

Otro: \_\_\_\_\_

**Lineamientos Federales  
De Pobreza – Son sus  
ingresos:**

En o por debajo de la pobreza

Sobre el nivel de la pobreza

**Hogar - Usted:**

Vive Solo

Vive con otras personas

**Ha recibido el Aviso de practicas deprivacidad de ADSD?**  Si  No

Direccion Fisica:

\_\_\_\_\_

Direccion Postal (si es diferente):

\_\_\_\_\_

(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

Sin direccion/residencia actual

Informacion de Contacto en Caso de Emergencia:

Nombre (primero/segundo): \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo o Cellular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Si no hablas ingles cual es su idioma principal? \_\_\_\_\_

Tiene una discapacidad o discapacidades?  Si  No

Es usted un veterano o ha servido en las Fuerzas Armadas?  Si  No

Tiene Medicaid a traves del Estado de Nevada?  Si  No

Tiene Medicare?  Si  No

En Caso afirmativo, que partes?  Parte A: Hospital  Parte B: Medico  
 Parte C: HMO (Medicare Advantage)  Parte D: Recetas

Firma: \_\_\_\_\_

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

**U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN  
SERVICES 2025 FEDERAL POVERTY GUIDELINES**

Poverty Guidelines for the 48 Contiguous States and the District of Columbia		
Persons in Family/Household	Poverty Guideline	Monthly Income*
1	\$15,650	\$1,304
2	\$21,150	\$1,766
3	\$26,650	\$2,221
4	\$32,150	\$2,679
5	\$37,650	\$3,138
6	\$43,150	\$3,596
7	\$48,650	\$4,054
8	\$54,150	\$4,513

For families/households with more than 8 persons, add \$5,500 (annual) for each additional person.

SOURCE: *Federal Register* / Vol. 90, No. 11 / January 17, 2025 / pp. 5917-5918

<https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2025-01-17/pdf/2025-01377.pdf>

\*Monthly income was calculated by dividing the Poverty Guideline, which is an annual figure, by 12 (months).

The poverty guidelines may be formally referenced as "the poverty guidelines updated periodically in the Federal Register by the U.S. Department of Health and Human Services under the authority of 42 U.S.C. 9902(2)."

Additional information is available at:

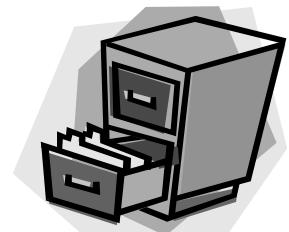
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

**State of Nevada  
Department of Health and Human Services  
Aging and Disability Services Division**

**División de Cuidados de Salud Financiamiento y Póliza  
División de Servicios para Ancianos y Discapacitados  
Aviso de Prácticas de Privacidad**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.  
POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE.**

Su información de salud es personal y privada. La ley dice que nosotros División de Servicios para Ancianos y Discapacitados debemos proteger esta información. Cuando usted pidió nuestra ayuda o servicios, usted nos dio información que nos ayudo a decidir si usted calificaba. Esta información se volvió parte de su archivo que guardamos en nuestras oficinas. También en su archivo existe información que nos fue dada por los hospitales, doctores y otras personas que le han dado tratamiento. Una ley federal dice que nosotros tenemos que darle a usted ésta noticia para ayudarle a usted a entender cuales son nuestros deberes legales y como nosotros protegeremos su información de salud.



**¿Cuándo podemos compartir su información de salud?**

Si usted firma un formulario especial que nos dice que podemos compartir su información de salud con alguien, entonces nosotros la compartiremos. Usted puede cancelar esto en cualquier momento notificándonos por escrito exceptuando si hemos compartido su información antes de recibir su cancelación. Nosotros no usaremos su información para la comercialización o las notas de psicoterapia comparten sin su aprobación por escrito.

Su información puede ser compartida sin su consentimiento cuando nosotros necesitamos aprobar o pagar por servicios antes. Bajo la ley, estos usos son llamados operaciones de cuidados de salud, tratamiento y pago.

La ley dice que existen otras situaciones en las que nosotros podemos compartir información sin su consentimiento. Por ejemplo:

**Para su tratamiento médico y pagos**

- Cuando usted necesita cuidados de emergencia
- Para informarle sobre las opciones de tratamiento
- Para recordarle sobre sus citas
- Para ayudar a nuestros compañeros de negocios a hacer su trabajo.
- Para ayudar a revisar la calidad del programa

**Por razones personales suyas**

- Para decirle a su familia y a otros que ayudan con su cuidado cosas que ellos necesitan saber.
- Para enlistarle en el directorio del paciente.
- Para recordarle sus citas
- Para decirle al director de funerales que usted ha muerto.
- Si usted ha firmado los papeles de donación de órganos, para asegurarse de que sus órganos se donan a su gusto

**Por razones de salud pública**

- ✓ Para ayudar a los investigadores a estudiar problemas de salud.
- ✓ Para ayudar a los oficiales de salud pública a detener la propagación de enfermedades o prevenir daños.
- ✓ Para protegerle a usted u a cualquier otra persona si nosotros pensamos que están en peligro.

**Otros usos especiales**

- Para ayudar a la policía a la corte u a otras personas a ejecutar la ley.
- Para obedecer las leyes sobre el reporte de abuso y negligencia.
- Para reportar información a los militares
- Para ayudar a las agencias del gobierno a revisar nuestro trabajo y a investigar problemas.
- Obedecer las órdenes judiciales

**State of Nevada  
Department of Health and Human Services  
Aging and Disability Services Division**

**Cuales son sus derechos?**

- Usted puede pedirnos que no compartamos su información de salud en ciertas situaciones. No obstante, la ley dice que nosotros no siempre tenemos que estar de acuerdo con usted.
- Si usted está leyendo esta noticia en el Internet o en un tablero de noticias, usted puede pedir una copia en papel para usted.
- Usted puede pedir ver su información de salud y pedir una copia. Usted podría tener que pagar por las copias basado en las Pólizas de la División. No obstante, usted necesita recordar que nosotros no tenemos un registro médico completo sobre usted. Nuestros registros mayormente se refieren a pagos hechos a sus doctores y a otra gente que cuidan de usted. Si usted quiere una copia de su registro médico completo, usted debe de pedirla a su doctor o a su clínica de salud. Si usted piensa que algo está incompleto o equivocado en los registros que tenemos, usted nos puede pedir que hagamos cambios.
- Usted puede pedir que le demos una copia electrónica de su información de salud si esta esta disponible.
- Usted puede pedirnos que le demos una lista de las veces (después de Abril 14, 2003) que nosotros hemos compartido su información de salud con alguien. Esta lista no incluirá las veces en que hemos compartido su información con propósitos de tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de salud.
- Usted puede pedir la restricción de la propagación de su información de salud para un plan de salud cuando usted ha pagado de su propio bolsillo el total de las cosas y servicios.
- Usted puede pedirnos que le mandemos su información de salud por correo a una dirección diferente que la dirección usual o que le mandemos la información a usted de otra forma.



**¿Que pasa si tienes una queja?**

Si usted piensa que no hemos mantenido nuestra promesa de proteger su información de salud, usted puede quejarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nada le pasará a usted si usted se queja.

**¿Cuales son sus responsabilidades?**

- Bajo la ley, nosotros tenemos que mantener privada su información de salud excepto en situaciones como las que han sido mencionadas en esta noticia.
- Nosotros tenemos que darle ésta noticia que explica nuestros deberes legales sobre privacidad.
- Nosotros tenemos que seguir lo que le hemos dicho en esta noticia.
- Nosotros tenemos que estar de acuerdo cuando usted hace una solicitud razonable de mandar su información de salud a una dirección diferente o de mandarla en otra forma diferente que el correo regular.
- Nosotros tenemos que notificarle si hay una brecha en su información de salud que no es segura.
- Nosotros solamente usamos o compartimos la menor cantidad posible de su información de salud, solamente lo necesario para llevar a cabo nuestras obligaciones.
- Nosotros tenemos que decirle si no estamos de acuerdo cuando usted nos pida que limitemos como su información es compartida.

**Información para contactarse**

Si usted tiene cualquier pregunta o queja sobre nuestras reglas de privacidad, póngase en contacto con nosotros en la siguiente dirección: Aging & Disability Services Division Privacy Officer 3416 Goni Road, Suite D - 132 Carson City, NV 89706 (775) 687-4210	O pángase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en la siguiente dirección: Office of Civil Rights 90 7 <sup>th</sup> Street, Suite 1 -100 San Francisco, CA 94103 (415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)
---	--

La División de Servicios para Ancianos y Discapacitados tiene el derecho de cambiar esta noticia y cambiar la forma en que la información de salud de usted es protegida. Si esto pasa, nosotros haremos correcciones mandaremos una nueva noticia a usted por correo y pondremos una copia de ella en nuestras oficinas y en nuestra página de la red del Internet: <http://adsd.nv.gov/>