

# Academic Urology & Urogynecology of Arizona

## Academic Urology & Urogynecology of Arizona

### Historial Medico

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Medico Primario: \_\_\_\_\_ Numero telefonico: \_\_\_\_\_

Farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_ Numero telefonico: \_\_\_\_\_

Direccion de farmacia/Calles principales: \_\_\_\_\_

Cual es la razon de su visita el dia de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de todas sus medicinas y dosis (incluyendo medicina sin receta, suplementos de hierbas y vitaminas):

Nombre de todas las alergias a la medicina, Latex, IV Dye, Comidas, Ambiental, Etc:

Nombre de cirugias previas y Fechas:

Le an tomado radiografias: Si No Cuando fue el ultimo: \_\_\_\_\_

Le an hecho una colonoscopia: Si No Cuando fue la ultima: \_\_\_\_\_

# Academic Urology & Urogynecology of Arizona

## Historial Medico (Pagina 2)

### Historial Social (porfavor marque con un circulo)

Fuma o a fumado en el pasado?	Si	No	Presente	Pasado
Toma bebidas alcoholicas?	Si	No		
Usa algun tipo de droga? Porfavor especifique	Si	No		
Bebe algun tipo de cafeina?				

### Historial Familiar Porfavor marque con un circulo y especifique los miembros familiares que padecen la condicion

Enfermedad del Corazon	Si	No	Derrame Cerebral	Si	No
Trastornos Sanguineos	Si	No	Hipertension	Si	No
Cancer (Especifique)	Si	No	Enfermedad de Riñon	Si	No
Cancer de Prostata	Si	No	Diabetes	Si	No

### Historial Medico del pasado (Porfavor marque con un circulo la condicion que a padecido)

Abuso Alcoholico	Ulcera Gastrica	Enfermedad Reumatica del Corazon
Alzheimers/Demencia	Glaucoma	Rosacea
Trastornos Sanguineos	Hepatitis A B C	Apnea del Sueño/Maquina de Cpap
Asma	Enfermedad del Corazon/Ataque al Corazon	Convulsiones
Cancer (Especifique)	Hernia Hiatal	Infeccion de la piel
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	VIH/SIDA	Derrame cerebral
Enfermedad de la arteria coronaria	Hipertension	Tromboflebitis
Enfisema	Problemas Pulmonares	Enfermedades de Tiroides
Colesterol elevado	Lupus	Fiebre del Valle
Reflujo Acido/Ardor	Mononucleosis	Diabetes
Polipo Nasal	Ulcera Duodenal	Neumonia
Desorden Psiquiatrico	Calculos Renales	Otro (Describe abajo)

# Academic Urology & Urogynecology of Arizona

## Historial Medico (Pagina 3)

Revision de Sintomas: (Porfavor marque con un circulo on marque Ninguno)

<b><u>General:</u></b>	Escalofrios	Fiebre	Fatiga	Cambio de peso	Sudores Nocturnos	Ninguno
<b><u>Piel:</u></b>	Abcesos	Comezon	Sarpullido/Erupcion		Ninguno	
<b><u>Senos:</u></b>	Tumores del Seno	Quistes en el seno	Secrecion del pezon	Mamograma Anormal		
	Problemas de piel	Ninguno				
<b><u>Cabeza:</u></b>	Vision Borrosa	Dolor de Cabeza	Dolor de Ojo(s)	Problemas de sinusitis		
	Glaucoma	Ninguno				
<b><u>Respiratorio:</u></b>	Tos Cronica	Sibilancias	Dificultad para respirar	Toser con sangre	Ninguno	
<b><u>Cardiovascular:</u></b>	Dolor de pecho	Valvula Mitral	Presion Sanguinea Elevada	Vena Varicosa		
	Palpitaciones	Latidos rapidos	Hinchazon de piernas	Colesterol		
	Elevado	Ninguno				
<b><u>Gastrointestinal:</u></b>	Dolor Abdominal	Ardor/Reflujo Acido	Nausea	Vomito con sangre		
	Cambio en el apetito	Escremento Oscuro/Negro	Ictericia	Diarrea		
	Estreñimiento	Colicos Estomacales	Problemas de la Vesicula Biliar			
	Diverticulitis	Colon Espastico	Ninguno			
<b><u>Musculoesqueletico:</u></b>	Dolor de espalda	Dolor de articulaciones	Movimiento Limitado			
	Osteoporosis/Osteopenia	Fracturas				
<b><u>Neurologico:</u></b>	Entumecimiento	Mareos	Temblor	Debilidad	Problemas para cordinar	
	Convulsiones	Ninguno				
<b><u>Psiquiatrico:</u></b>	Depresion	Ansiedad	Ataques de panico	Cambio de personalidad	Insomnia	
	Perdida de memoria	Ninguno				
<b><u>Hematologia:</u></b>	Moretones con facilidad	Ganglios Linfaticos Agrandados	Coagulos de Sangre			
	Anemia	Ninguno				
<b><u>Urinario:</u></b>	Dolor al urinar	Sangre en la orina	Urinar por la noche	Frecuencia		
	Incontinencia	Requerir una toalla sanitaria para proteccion				
	Calculos renales (Piedras en el riñon)	Infecciones Urinarias	Ninguno			

## Academic Urology & Urogynecology of Arizona

Historial Medico (Pagina 4)

### Mujeres Solamente-Historial De Embarazos

Cuantos embarazos a tenido usted? \_\_\_\_\_ Cuantos hijos/hijas tiene? \_\_\_\_\_

Vaginal: \_\_\_\_\_ Cesaria: \_\_\_\_\_

Nacimientos Vivos: \_\_\_\_\_ Abortos Espontaneos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

### Historial Ginecologico: (Conteste solo si su cita es con el Dr Faaborg o la Dra Klauschie)

Cuando fue su ultimo Papanicolaou? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido un Papanicolaou anormal? Si No Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo periodo menstrual? \_\_\_\_\_

Esta teniendo sangrado vaginal anormal? Si No

Esta teniendo sintomas de menopausia? Si No

Esta usted sexualmente activa? Si No

Tiene dolor durante las relaciones sexuales? Si No

Usa algun tipo de anticonceptivo? Si No

Se hace usted autoexámenes del seno? Si No

Se a hecho usted un mamograma? Si No Cuando fue su ultimo mamograma? \_\_\_\_\_

Se a hecho una densidad osea? Si No Cuand fue su ultimoa densidad osea? \_\_\_\_\_

Siente usted que sus organos del area pelvica se estan cayendo? Si No

Estado civil? Casada Viuda Soltera Divorciada Separada

## Academic Urology & Urogynecology of Arizona

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Telefono celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # De Trabajo: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ # De Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Medico Primario: \_\_\_\_\_

# De Identificacion: \_\_\_\_\_ # De Grupo: \_\_\_\_\_

Titular de la poliza: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Medico Secundario: \_\_\_\_\_

# De Identificacion: \_\_\_\_\_ # De Grupo: \_\_\_\_\_

Titular de la poliza: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION & PAGOS:**

POR LA PRESENTE AUTORIZO A ACADEMIC UROLOGY AND UROGYNECOLOGY OF ARIZONA PARA LIBERAR CUALQUIER INFORMACION PARA PROCESAR RECLAMOS. YO AUTORIZO A ESTA OFICINA PARA LIBERAR CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA A CUALQUIER HOSPITAL, OFICINA DE ESPECIALISTA O CUALQUIER COMPAÑIA DE SEGUROS MEDICOS ACTUANDO EN MI NOMBRE CONSERNIENTE A CONSEJOS DE CUIDADO Y TRATAMIENTO PARA PROPOSITOS DE TRATAMIENTO MEDICO Y EVALUAR Y ADMINISTRAR LOS RECLAMOS. POR LO TANTO ASIGNO A ACADEMIC UROLOGY AND UROGYNECOLOGY OF ARIZONA TODOS LOS PAGOS PARA SERVICIOS MEDICOS RENDIDOS A MI. YO ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSIBLE DE CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR MI SEGURO MEDICO. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO YO PROMETO PAGAR AL DEPARTAMENTO DE COLECCIONES LOS COSTOS Y/O CARGOS RASONABLE DE ABOGADOS QUE PUEDAN SER REQUERIDAS PARA RECOJER COLECCION EN ESTA CUENTA.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Academic Urology & Urogynecology of Arizona

Telefono: 623-547-2600 \ Fax: 623-547-1899

Formulario de Uso Significativo Informativo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:**

Hispano \_\_\_\_\_

No Hispano \_\_\_\_\_

Rechazar \_\_\_\_\_

**Raza:**

Hispano o Latino \_\_\_\_\_

Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_

Asiatico \_\_\_\_\_

Afroamericano \_\_\_\_\_

Mas de una raza \_\_\_\_\_

Hawaiano Nativo/Otro Isleño Pacifico \_\_\_\_\_

Blanco/Caucasico \_\_\_\_\_

Rechazar \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

# Academic Urology & Urogynecology of Arizona

## Politica Financiera del Paciente

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado medico. Con el fin de reducir confusion y malentendidos entre nuestros pacientes y la practica, hemos implementado las siguientes politicas financieras. Si tiene alguna pregunta sobre estas politicas porfavor discuta sus preocupaciones con nuestra oficina de negocios. Nos dedicamos a proporcionar el mejor cuidado posible y consideramos su comprension completa como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

EL PAGO ES DEBIDO AL MOMENTO DEL SERVICIO. Para su conveniencia, aceptamos VISA, Master Card, Discover , American Express, Efectivo y Cheques.

### SEGURO MEDICO

Si usted es miembro de un plan de seguro medico en el cual nosotros participamos, nosotros presentaremos su reclamo. En cada cita se espera que pague su porcion del co-pago o la porcio debida del deducible que no se a cubierto, y/o su porcion de co-aseguranza. Usted recibira un estado de cuenta por cualquier pago adicional que su compañía de seguros considere su responsabilidad despues de procesar su reclamo. Si su seguro retrasa el pago por mas de 120 dias, usted puede ser considerado responsable del pago total del monto cobrado. Consulte con el personal de la oficina para verificar nuestra participacion con su compañía o plan de seguro particular. Si usted tiene cobertura de seguro con un plan en el cual no tenemos un acuerdo de contrato, usted sera conciderado auto pago y se le cobrara en su totalidad por su tratamiento durante el momento de servicio. Si usted tiene beneficios fuera de la red su seguro generalmente paga en un porcentaje mas bajo y el deducible podria aplicar. Es su responsabilidad proveernos con informacion completa y actual para procesar su reclamo. Si usted no proporciona la informacion completa y actual del seguro usted sera responsable de todos los cargos no pagados por el seguro. Usted tambien necesitara proveernos con una autorizacion firmada habilitando el pago directo a la oficina. Toda la cobertura del seguro es una cuestion entre usted y su compañía de seguros y usted es responsable del pago.

### REFERENCIAS & AUTORIZACIONES

Si usted tiene una poliza con unacompañia de Organizacion de Mantenimiento de Salud (major conosido como un plan HMO, MC, POS, Or EPO) es su responsabilidad obtener una referencia de su medico primario para su visita.

### CHEQUES DEVUELTOS

Una cuota de servicio sera cobrada por cualquier cheque devuelto. Si recibimos un cheque de devolucion de usted todos los pagos futuros seran requeridos en forma de efectivo o tarjeta de credito.

He leído y entendido la politica financier y acepto sus terminos. Al firmar abajo, asumo la responsabilidad total por cualquier saldo adeudado despues de que mi plan de seguro haya pagado. (NOTA: Incluso si usted rechaza firmar este formulario y usted elige recibir servicios usted es 100% responsable por cualquier cuota).

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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

Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## POLITICA DE CANCELACION & FALTAR A SU CITA

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se le solicita que si debe cancelar su cita nos proporcione mas de **24 horas de aviso**. Esto le permitira a otra persona que esta esperando una cita para tomar esa cita. Cancelaciones hechas con menos de 24 horas de aviso no podemos ofrecer esta cita a otra persona.

Citas que se cancelan con menos de 24 horas pueden ser sujetas a una tarifa de \$50.00. Si su cita es para un procedimiento requiere de 5-7 dias de anticipacion para cancelar, sin previo aviso puede ser sujeta a una tarifa de \$150.00 . Pacientes que no se presenten a su cita sin una llamada para cancelar la cita o un procedimiento seran considerados como "falta de cita" .

Pacientes que tengan dos o mas faltas en un period de 12 meses pueden ser despedidos de la practica, por lo cual se les negara cualquier cita a futuro. Los pacientes tambien pueden estar sujetos a una cuota de \$50.00 por faltar a su cita medica o una cuota de \$150.00 por faltar a su cita de procedimiento.

Los honorarios de cancelacion y de faltar a su cita son responsabilidad exclusive del paciente y deben ser pagados en su totalidad antes de la proxima cita.

Entendemos que en circunstancias especiales inevitables pueden causar que usted cancele en menos de 24 horas. En este caso se pueden pasar por alto las cuotas pero solamente con la aprobacion de la gerencia.

Nuestra practica cree firmemente que una Buena relacion entre el medico y el paciente esta basada en la comprension y la Buena comunicacion.

Porfavor firme que usted a leido, comprende y acepta esta politica de cancelacion.

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



## Academic Urology & Urogynecology of Arizona

(Autorizacion para reveler informacion de salud a familiares y amigos)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por la presente autorizo a Academic Urology & Urogynecology of Arizona a divulgar informacion de mi salud de paciente como se describe a continuacion:

Tipo de informacion permitida  
para divulgar (Seleccione uno o Los dos)



Nombre de Familiar o Amigo	Relacion al Paciente	Informacion Medica	Informacion de Facturacion
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Entiendo que la informacion utilizada o divulgada de conformidad con esta autorizacion puede estar sujeta a la revelacion de Nuevo por el destinatario mencionado anteriormente, y en ese caso ya no estara protegida por HIPAA. Esta autorizacion excluye cuando yo ya no sea paciente en esta practica o he revocado esta autorizacion.

Seleccione uno

Yo Doy \_\_\_\_\_ No Doy \_\_\_\_\_ Mi permiso a Academic Urology & Urogynecology of Arizona para dejar informacion en mi maquina contestadora y/o con un miembro de la familia con respecto a los planes de tratamiento, referencias, resultados de pruebas y/o facturacion y pago. Las pautas de HIPAA permiten que informacion basica con respect a citas [hora, fecha, lugar] puedan ser dejada en la maquina contestadora o con miembros de familia.

Firma del Paciente o Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relacion del Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Academic Urology & Urogynecology of Arizona

Telefono: 623-547-2600 \ Fax: 623-547-1899

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre previo: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

Solicito y Autorizo a: \_\_\_\_\_

Para liberar la informacion medica del paciente nombrado arriba a:

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

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Esta solicitud y autorizacion se aplica a:

- Informacion medica relacionada con las siguientes condiciones, tratamientos o fechas:

\_\_\_\_\_

- Todo tipo de informacion medica

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

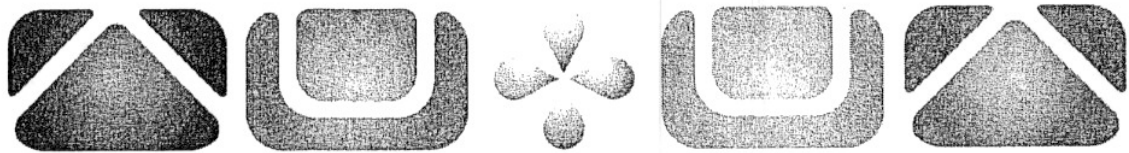
Definicion: Enfermedades de transmision sexual, como es definido en la ley RCW 70.24 et seq. incluye herpes, herpes simple, virus de papiloma humano, verrugas, verrugas genitales, condyloma, clamidia, uretritis no especificado, sifilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venereo, SIDA, (VIH), gonorrhea.

\_\_\_\_Si \_\_\_\_No Autorizo el lanzamiento de mis resultados de enfermedades sexualmente transmitidas, SIDA, VIH ya sean los resultados positivos o negativos a la persona mencionada previamente. Entiendo que la persona mencionada arriba sera notificada de que debo dar un permiso por escrito especifico antes de la divulgacion de estos resultados a cualquier persona.

\_\_\_\_Si \_\_\_\_No Autorizo el lanzamiento de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol, o tratamientos de salud mental a la persona mencionada arriba.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: ESTA AUTORIZACION SE VENCE UN AÑO DESPUES DE LA FECHA EN QUE FUE FIRMADA.



## Academic Urology & Urogynecology of Arizona

### General Consent for Care and Treatment

***TO THE PATIENT: You have the right, as a patient, to be informed about your condition and the recommended surgical, medical or diagnostic procedure to be used so that you may make the decision whether or not to undergo any suggested treatment or procedure after knowing the risks and hazards involved. At this point in your care, no specific treatment plan has been recommended. This consent form is simply an effort to obtain your permission to perform the evaluation necessary to identify the appropriate treatment and/or procedure for any identified condition(s).***

This consent provides us with your permission to perform reasonable and necessary medical examinations, testing and treatment. By signing below, you are indicating that (1) you intend that this consent is continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended; and (2) you consent to treatment at this office or any other satellite office under common ownership. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. You have the right at any time to discontinue services.

You have the right to discuss the treatment plan with your physician about the purpose, potential risks and benefits of any test ordered for you. If you have any concerns regarding any test or treatment recommend by your health care provider, we encourage you to ask questions.

I voluntarily request a physician, and/or advanced practice provider (Nurse Practitioner, Physician Assistant), and other health care providers or the designees as deemed necessary, to perform reasonable and necessary medical examination, testing and treatment for the condition which has brought me to seek care at this practice. I understand that if additional testing, invasive or interventional procedures are recommended, I will be asked to read and sign additional consent forms prior to the test(s) or procedure(s).

I certify that I have read and fully understand the above statements and consent fully and voluntarily to its contents.

---

Signature

---

Date

---

Print Name



Academic Urology & Urogynecology of Arizona

I hereby acknowledge that I received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

I would like to receive a copy of any amended Notice of Privacy Practices by e-mail at:

\_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

If not signed by the patient, please indicate relationship:

- Parent or guardian of minor patient  
 Guardian or conservator of an incompetent patient

Name and Address of Patient: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Me gustaría recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad modificada por e-mail a:

\_\_\_\_\_

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

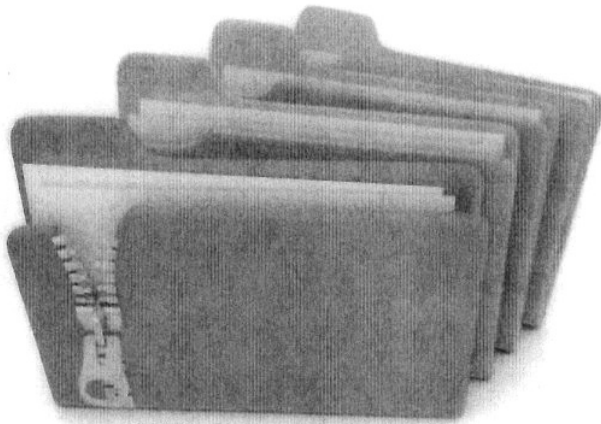
Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

El padre o tutor del paciente menor de edad

Tutor o curador de un paciente incompetente

Nombre y dirección del paciente: \_\_\_\_\_



## **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

### **Sus derechos**

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico**

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### **Solicitarnos que corriamos su historial médico**

- Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

*continúa en la próxima página*

## Sus derechos *continuado*

### **Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitar que no utilizemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

### **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

- En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**
- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
  - Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
  - Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

- En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**
- Propósitos de mercadeo.
  - Venta de su información.
  - La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

- En el caso de recaudación de fondos:**
- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.</li></ul>	<i>Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.</i>
<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li></ul>	<i>Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.</i>
<b>Facturar por sus servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.</li></ul>	<i>Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.</i>

continúa en la próxima página



**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

<b>Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenición de enfermedades.</li> <li>Ayuda con el retiro de productos del mercado.</li> <li>Informe de reacciones adversas a los medicamentos.</li> <li>Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.</li> <li>Prevenición o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Realizar investigaciones médicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.</li> </ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.</li> </ul>
<b>Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.</li> </ul>
<b>Trabajar con un médico forense o director funerario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.</li> </ul>
<b>Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar o compartir su información médica:             <ul style="list-style-type: none"> <li>En reclamos de compensación de trabajadores.</li> <li>A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.</li> <li>Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.</li> <li>En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares</li> </ul> </li> </ul>
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.</li> </ul>

*Instruction C: Insert any special notes that apply to your entity's practices such as "we do not create or manage a hospital directory" or "we do not create or maintain psychotherapy notes at this practice."*

*Instruction D: The Privacy Rule requires you to describe any state or other laws that require greater limits on disclosures. For example, "We will never share any substance abuse treatment records without your written permission." Insert this type of information here. If no laws with greater limits apply to your entity, no information needs to be added.*

*Instruction E: If your entity provides patients with access to their health information via the Blue Button protocol, you may want to insert a reference to it here.*

*To leave this section blank, add a word space to delete the instructions.*



## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### **Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

*Instruction F: Insert Effective Date of Notice here.*

### **Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

*Instruction G: If your entity is part of an OHCA (organized health care arrangement) that has agreed to a joint notice, use this space to inform your patients of how you share information within the OHCA (such as for treatment, payment, and operations related to the OHCA). Also, describe the other entities covered by this notice and their service locations. For example, "This notice applies to Grace Community Hospitals and Emergency Services Incorporated which operate the emergency services within all Grace hospitals in the greater Dayton area."*

---

*Instruction H: Insert name or title of the privacy official (or other privacy contact) and his/her email address and phone number.*