



Doctors Care

Pain and Wellness Center

Informacion de Paciente

Primer nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Calle _____ Apt/Piso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tel Casa: _____ Tel Movil: _____ Correo Electronico: _____

Sexo: Masculino __ Feminino Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____

Estado Civil: Soltero __ Casado __ Viudo __ Divorciado __ Separado _____

Como se entero de nuestra oficina? Referido por el doctor (por quien?)

Referido por un amigo (por quien?)

Buscador electronico (cual?)

Otro/Abogado:

Nombre de la Farmacia Local: _____ Tel: _____

Calle: _____

Farmacia de Pedido Por Correo: _____

Empleado: _____ Estudiante: _____ Nombre de Escuela: _____ -

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Calle: _____ Suite/Piso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tel. Trabajo: _____ Ext: _____

En Caso de Emergencia, Por Favor Notifique:

Nombre: _____ Relacion: _____

Calle: _____ Telefono: _____

Informacion de Seguro Medico:

Aseguradora Primaria: _____

Direccion de Seguro: _____

Telefono de Seguro: _____

de ID: __ # de Grupo: _____

Nombre de Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relacion Con el Asegurado:

Aseguradora Secundaria:

Formulario de Consentimiento Para la Publicación de Registros Médicos

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SS #: _____ Fecha Vista en la Oficina: _____

Yo, _____, autoriza la divulgación de información a Doctors Care Pain and Wellness Center.

Placas Historial medico Reporte de Laboratorio Informes de Laboratorio y Sangre Otro

Gracias por su cooperación

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Asignación de Beneficios

Nombre del Paciente: _____

Yo asigné irrevocablemente a Doctors Care Pain and Wellness Center todos mis derechos y beneficios en virtud de cualquier contrato de seguro para el pago de los servicios prestados a mí por Doctors Care Pain and Wellness Center. Autorizo irrevocablemente toda la información relacionada con mis beneficios bajo cualquier póliza de seguro relacionada con cualquier reclamación por Doctors Care Pain and Wellness Center que sea provisto a Doctors Care Pain and Wellness Center. Autorizo irrevocablemente a Doctors Care Pain and Wellness Center que presente reclamos de seguro en mi nombre por servicios prestados a mí. Dirijo irrevocablemente que todos esos pagos vayan directamente a Doctors Care Pain and Wellness Center. Autorizo irrevocablemente a Doctors Care Pain and Wellness Center para actuar en mi nombre y reortar cualquier sospecha de violación de las prácticas de reclamación adecuadas a las autoridades reguladoras adecuadas.

Esta asignación de beneficios se ha explicado a mi entera satisfacción y entiendo su naturaleza y efecto.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y COMPARTIDA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA.

NADA ES MÁS IMPORANTE QUE ASEGURAR SU PRIVACIDAD

En DCPWC (Doctors Care Pain and Wellness Center), entendemos que su privacidad es vitalmente importante. Como su proveedor de salud, estamos trabajando para salvaguardar su información. Entendemos que con cada visita a nuestro consultorio, usted esta confiando en nosotros y nosotros haremos todo lo posible para asegurarnos de que su confianza no sea quebrantada. Este pequeño panfleto ha sido desarrollado para proveerle información sobre sus derechos de privacidad y confidencialidad. Contiene nuestras políticas sobre privacidad, de acuerdo con las reglas y regulaciones del Acta de Seguridad de Portabilidad de su información de Salud (HIPAA por sus siglas en ingles). Le animamos a leer esta información para que este informado y se sienta confortable al saber la manera en que manejamos su privacidad. Si tiene preguntas relacionadas con esta información estaremos gustosos de poder ayudarle.

¿QUIENES SOMOS?

En este Aviso, utilizamos palabras como "DCPWC", "nosotros" o "nuestro" para referirnos a Sylmar Medical Center, sus doctores, empleados, personal directivo, y otro personal. Todas las clínicas de Progressive Medical Center siguen los procedimientos de este Aviso y pueden compartir información de salud entre si para tratamiento, pagos, u operaciones de salud como se describe en este Aviso.

AVISO DE CAMBIOS Y DIA EN QUE SE HARAN EFECTIVOS

Este Aviso está fechado a 14 de Abril del 2003. DCPWC se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer modificaciones efectivas para toda la información que actualmente tenemos, así como para la información que recibamos en el futuro. Si hacemos cambios importantes a nuestras prácticas de privacidad, revisaremos nuestro Aviso y le proporcionaremos una copia del mismo en cada una de nuestras instalaciones. Cada versión de este Aviso tendrá como fecha de aplicación la fecha que se lista en la primer página.

PROPOSITO DE ESTE AVISO

Este Aviso describe como utilizamos y compartimos su información de salud para otorgarle tratamiento, pagos, u operaciones de salud y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por ley. Este aviso también enfatiza nuestras responsabilidades legales de proteger la privacidad de su información de salud y explica su derecho a tener su información de salud protegida. Crearemos un registro de los servicios que le otorgamos, y este registro incluirá su información de salud. Necesitamos mantener esta información para asegurarnos de que usted reciba tratamiento de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales relacionados con el cuidado de su salud que nosotros le otorgamos.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Es nuestra obligación legal el mantener la privacidad de su información de salud y proveerle de un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Nosotros nos apegaremos a los términos de este Aviso.

COMO PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACION

Las siguientes categorías describen ejemplos de maneras en que usamos o compartimos su información de salud.

Para tratamiento: Quizá utilicemos su información de salud para proveerle de tratamiento medico o servicios. Por ejemplo, su información de salud será compartida con las enfermeras que participan en su cuidado. Talvez compartamos su información de salud con otro doctor para asegurarnos que éste tiene toda la información necesaria para diagnosticarle y darle tratamiento.

Para pagos: Quizá usemos o compartamos su información de salud con terceras personas para que estos ellos nos paguen o reembolsen por su tratamiento. Por ejemplo, una factura puede ser

a usted, su compañía aseguradora, o un tercer proveedor. La factura puede contener información que le identifica a usted, su diagnostico, tratamiento, o instrumentos utilizados en el transcurso de su tratamiento.

Para operaciones de Salud: Quizá usemos o compartamos información para notificar o asistir en notificación a un miembro de su familia, representante personal, u otra persona a cargo de su cuidado, acerca de su ubicación y condición general.

Tal vez requeriremos que firme su nombre y fecha de nacimiento en una hoja de registro y llamarle por su nombre en la sala de espera cuando le hablemos para su cita.

Tal vez compartamos su información con una tercera persona que provee servicios, tales como facturación y cobros en nuestro nombre. En estos casos, haremos un acuerdo por escrito con la tercera persona para asegurarnos que ellos protegerán la privacidad de su información de salud.

Notificaciones: Quizá utilicemos o compartamos información para notificar o asistir en la notificación a un miembro de su familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, acerca de su ubicación y condición general.

Tal vez requeriremos que firme su nombre y fecha de nacimiento en una hoja de registro y llamarle por su nombre en la sala de espera cuando le hablemos para su cita.

Tal vez compartamos su información con una tercera persona que provee servicios, tales como facturación y cobros en nuestro nombre. En estos casos, haremos un acuerdo por escrito con la tercera persona para asegurarnos que ellos protegerán la privacidad de su información de salud.

Notificaciones: Quizá utilicemos o compartamos información para notificar o asistir en la notificación a un miembro de su familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, acerca de su ubicación y condición general.

Llamadas telefónicas y Correspondencia: Quizá utilicemos su información de salud al contactarle por teléfono o por correo para informarle que el doctor necesita verle en la oficina, o para devolverle la llamada en relación con cualquier mensaje que usted hubiere dejado.

Individuos involucrados en su cuidado o encargados de pagos por su cuidado: Talvez demos información de su salud, incluyendo información acerca de su condición, a un miembro de su familia o amigo que esté involucrado en su tratamiento médico o que ayuda a pagar por su cuidado. **Si usted prefiere que no demos este tipo de información a algún miembro de su familia o amigo, por favor notifíquese a la recepcionista en cualquier clínica.** También podemos compartir su información de salud a organizaciones para ayuda en caso de desastres para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estatus y ubicación.

También nos es permitido por ley el usar o compartir su información de salud sin su autorización para los siguientes propósitos:

Requerido por la ley: Quizá usemos o compartamos su información de salud cuando sea requerido por el gobierno federal o las leyes locales.

Procedimientos Judiciales y Administrativos: Si está usted involucrado en un procedimiento legal, talvez compartamos su información de salud en respuesta a una orden administrativa o de corte.

También podemos dar información de su salud en respuesta a una citación, requerimiento de hechos, u otro proceso legal por otra persona relacionada con el caso, pero solamente si hemos hecho el esfuerzo por comunicarle a usted de la petición o al obtener una orden para proteger la información que ha sido solicitada.

Actividades de monitoreo de la Salud: Quizá usemos o compartamos su información de salud para agencias de monitoreo para actividades autorizadas por ley. Estas Actividades de monitoreo son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de salud, programas de beneficencia gubernamentales, cumplimiento con programas de regulación del gobierno, y cumplimiento de los derechos civiles.

Para el cumplimiento de la ley: Quizá compartamos su información de salud, con sus limitantes, a oficiales encargados del cumplimiento de la ley para múltiples propósitos:

Cumplir con una orden de corte, orden de prisión, citación, u otro proceso similar;
Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida;
Sobre la víctima de un crimen, si no es posible obtener el consentimiento de la víctima;
Sobre la muerte que se sospecha sea el resultado de una conducta criminal;
Sobre una conducta criminal que nosotros creemos, de buena fe, a ocurrido en nuestras instalaciones; y
Reportar un crimen, en una situación de emergencia.

Actividades de Salud Pública: Quizá usemos o compartamos su información de salud para actividades de salud pública, que incluyen:

Prevenir o controlar enfermedades, accidentes o incapacidad;
Reportar nacimientos o muertes;
Reportar abuso infantil y negligencia;
Reportar eventos adversos, defectos o problemas en productos;
Rastrear productos regulados por el gobierno;
Notificación de personas y para poner a disposición información de productos; y
Notificar a personas que hayan sido expuestas a una enfermedad contagiosa o talvez tengan el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o condición.

Serías Amenazas a la Salud o Seguridad: Si existe una amenaza real a su salud o seguridad o si la salud o seguridad pública o de otra persona están en riesgo, talvez compartamos su información de salud con alguien que pueda ayudar a prevenir tal problema.

Peritos, Laboratoristas, y Directores de Funerarias: Quizá usemos o compartamos la información de su salud con un perito o laboratorista. Esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. Talvez compartamos la información de su salud, si es necesario, a directores de funerarias para asistirles para que puedan realizar sus labores.

Compensación de Trabajadores: Quizá compartamos su información de salud con el departamento de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios relacionados con accidentes o enfermedades por su trabajo.

Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica: Quizá compartamos su información de salud con las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que algún paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esto si usted está de acuerdo, o cuando sea requerido o autorizado por ley

Actividades Militares y de Veteranos: Si es usted miembro de las Fuerzas Armadas, tal vez compartamos la información de su salud con autoridades militares. Información de salud de personal militar extranjero tal vez pueda ser compartida con autoridades militares extranjeras.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia: Quizá divulguemos su información de salud a oficiales federales autorizados por inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicio de Protección al Presidente y Otros: Quizá compartamos su información de salud con oficiales federales autorizados para proveer servicio de protección para el Presidente y otros, incluyendo jefes de estado extranjeros.

Presos: Si está usted preso en una institución correccional o bajo la custodia de una entidad oficial, tal vez compartamos su información de salud con la institución correccional o la entidad oficial, tal vez compartamos su información de salud con la institución correccional o algún oficial para asistirle en otorgarle cuidados médicos, protegiendo su salud y seguridad y la salud o seguridad de otros, o por la seguridad de la institución correccional.

Investigación: Quizá usemos y compartamos su información de salud con propósitos de investigación. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un procedimiento de aprobación. Este proceso evalúa la propuesta del proyecto de investigación, establece un número específico de problemas, y determina que existe adecuado resguardo de la privacidad, para permitir el uso de información de salud en el proyecto de investigación. Sin embargo, tal vez compartamos información de salud con gente que se esté preparando para efectuar un proyecto de investigación; por ejemplo, ayudarle a encontrar pacientes con necesidades medicas específicas, siempre y cuando la información que ellos utilicen no salga de nuestras oficinas.

Otros Usos y formas de Compartir su Información de Salud: Otros usos y formas de compartir su información de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que aplican a nosotros serán llevados a cabo solamente con su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca esta autorización, no podremos utilizar o compartir su información de salud como está especificado en la autorización revocada, excepto cuando ya hayamos actuado confiando en la autorización otorgada.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACION DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información de salud que tenemos acerca de usted:

Derecho a solicitar Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en como nosotros utilizamos o compartimos su información de salud por tratamiento, pagos, u operaciones de salud.

No estamos obligados a acceder a su petición. Si aceptamos, cumpliremos con su petición a menos que la información sea requerida para proveerle de tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones debe hacer una solicitud por escrito y enviarla a nuestra oficina principal

Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nos

comuniemos con usted en alguna manera o en algún lugar específico para tratar temas relacionados con nuestros servicios. Por Ejemplo, usted puede solicitar que solo le contactemos en su trabajo o solamente por correo. Para solicitar comunicación confidencial usted debe hacer una petición por escrito y enviarla a nuestra oficina.

No le preguntaremos la razón por la que hace esta solicitud. Haremos lo posible por cumplir con todas las solicitudes que sean razonables.

No le preguntaremos la razón por la que hace esta solicitud. Haremos lo posible por cumplir con todas las solicitudes que sean razonables.

Derecho a inspeccionar una Copia: Usted tiene el derecho de inspeccionar una copia de su información de salud que pueda ser usada para tomar decisiones sobre su cuidado. Usualmente, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas del psicoterapeuta, o información que es compilada con razonable anticipación de, o uso en, una acción o procedimiento civil, criminal, o administrativo. Para inspeccionar y copiar su información de salud debe hacer una solicitud por escrito en la debida forma y enviármola a nuestra oficina. Si usted solicita una copia de su información de salud, talvez le cobraremos una cuota por los costos de copiado, envié, o preparación de los documentos solicitados.

Talvez neguemos su solicitud a inspeccionar una copia en ciertas circunstancias. Si le es negado el acceso a su información de salud, puede solicitar que este rechazo sea revisado por un doctor que usted elija. La persona que haga la revisión no será la persona que negó la solicitud. Nosotros nos apegaremos a los resultados de la revisión.

Derecho de acceso al Registro de veces que Compartimos su información: Usted tiene el derecho de solicitar el registro de veces que compartimos su información. Por favor observe que cuando compartimos su información por tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de su salud no necesitan ser incluidas en este registro.

Para solicitar este registro es necesario que haga una solicitud por escrito y la envíe a nuestra oficina. Su solicitud debe llevar un periodo de tiempo no mayor a seis meses, y que no incluya fechas antes del 14 de abril del 2003. La primera vez que usted solicite esta información dentro de un periodo de 12 meses es gratis. Para solicitudes adicionales talvez le hagamos un cargo por los costos para obtener esta información. Le notificaremos de los costos involucrados y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de que cualquier costo haya tomado lugar.

Derecho a una copia de Este Aviso: Usted tiene el derecho a una copia de este aviso en cualquier momento, aun cuando ya lo haya recibido. Para obtener una copia escrita de este Aviso por favor contacte a cualquiera de nuestras oficinas.

Derecho a Quejarse: Si usted tiene preguntas sobre este aviso o necesita poner una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor dirija todas sus preguntas a nuestra oficina 14124 Foothill Blvd. Suite 100, Sylmar, CA 91342 en . **Nadie tomara ninguna acción en contra suya ni se le penalizará si pone una queja.**

Yo he sido presentado con una copia de AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD, detallando como mi información médica puede ser utilizada y compartida tal como lo permiten las leyes federales y estatales.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación (Si no es firmado por el paciente): _____

Deseó poner las siguientes restricciones:
