

RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A.
801 N ZANG BLVD STE 103
DALLAS TX 75208
214-330-9299

NUEVA INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO: (____) _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: (____) _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO (PORTAL PARA EL PACIENTE): _____

PREFERENCIA DE CONTACTO: (Por favor marque todas las que aplican) Llamada (Telefónica) _____
Mensaje de texto _____ Correo electrónico _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTADO MARITAL: _____ SEXO: _____

SU EMPLEADOR: _____ TELEFONO (____) _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ POSTAL: _____

TALLA DE ZAPATO: _____ ANCHO DE ZAPATOS: N M W ¿CUÁNTO PESA?: _____ ¿ALTURA?: _____

¿DEPORTE O OCUPACION?: _____ CALZADO DIARIO: _____

INFORMACION DE SU SEGURO:

(POR FAVOR MARQUE EL SEGURO EN LA CATEGORIA QUE APLICA)

MEDICARE _____ MEDICAID _____ WORKER'S COMP _____ SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DE SU TRABAJO _____

1) NOMBRE de SEGURO PRIMARIO: _____

I.D.# _____ GRUPO #: _____

NOMBRE/RELACION del ASEGURADO: _____ FECHA de NACIMIENTO del ASEGURADO: _____

2) NOMBRE de SEGURO SECONDARIO: _____

I.D.# _____ GRUPO #: _____

NOMBRE/RELACION del ASEGURADO: _____ FECHA de NACIMIENTO del ASEGURADO: _____

Por favor circule su respuesta de las siguientes preguntas requeridas para uso útil conforme a la ley confidencial:

LANGUAGE: *Inglés / Español*

ETNICIDAD: *Hispano o Latino / No-Hispano o Latino*

RAZA: *Indio Americano o Nativo de Alaska / Asian / Black or African American / Latino or Hispanic / Native Hawaiian / Other Pacific Islander / White*

QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO O A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO A NUESTRA OFICINA? _____

LA AUTORIZACION PARA PAGAR LOS BENEFICIOS A MI CIRUJANO: YO PONGO A DISPOSICION LA AUTORIDAD A RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A. TODOS MIS DERECHOS, TALES COMO EL INTERES AMI REEMBOLSO MEDICO BAJO LOS BENEFICIOS DE MI POLIZA DE SEGURO CON LISTA CORRIENTE PARA SER OBTENIDA DE MI FARMACIA.

Tambien doy el consentimiento de mi [Iniciales] _____

Nombre de farmacia / calle / ciudad _____ **# de Telefono** _____

AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DEBE HACERSE DIRECTAMENTE A RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A.:

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

RICHARD C GALPERIN, DPM
A Division of Podiatric Medical Partners of Texas

Nombre de Paciente _____ **Fecha** _____

Historia y Información Médica

Explique su problema de pie/tobillo (Derecho) (Izquierdo) _____

Describa el dolor: (Quemazon) (Adormecimiento) (Punzante) Otro: _____

¿Cuándo comenzó el dolor/incomodidad? _____

¿Qué hace el dolor/incomodidad mejor? _____

¿Qué hace el dolor/incomodidad peor? _____

Lista de todos los medicamentos/vitaminas: _____

Alergias de
medicamentos?: _____

Cirugías en los
pies?/Fecha _____

Uso de Tabaco (sí) (no)

Uso de tabaco: (sí) (no)

Uso de drogas: (sí) (no)

Uso de cafeína: (sí) (no)

Intake Form

General

Fatiga	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Fiebre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Salud General	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Aumento de Peso	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Cardiovascular

Alta Presion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------	--------------------------	--------------------------

Endocrino

Diabetes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------	--------------------------	--------------------------

Genitourinario

Problemas de Riñones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------------------	--------------------------	--------------------------

Hematologia

Moretones con Facilidad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Musculoesqueletico

Artritis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Problemas de Espalda	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Gota	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Calambres en Las Piernas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Neurologico

Dificultad de Equilibrio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Coordinacion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Apoplejia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Vascular Pereferica

Extremidades Frias	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Sensibilidad en las Extremidades	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ulceracion de Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Podologica

Dolor de Aquille	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor de Tobill	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Podologica

Dolor en la Bola Del Pie	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor en el Dedo Grande	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ardor en Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Supuracion de Herida	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Social History

Consumo de Tabaco	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-------------------	--------------------------	--------------------------

Drogas/Alcohol:

Ha consumido alcohol en los ultimos 12 meses?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
---	--------------------------	--------------------------

Antecedentes Medicos

Artritis, Reumatoide	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Problemas de Sangrad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
SIDA/VIH	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
hepatitis C	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Piel

Cicatriz o Formacion de queloides	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Neurologico

Hormigeo/ Entumecimiento	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hematologia

Celulas Falciformes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
---------------------	--------------------------	--------------------------

Antecedentes quirúrgicos

Reemplazo de la valvula aortica	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Reemplazo de Rodila	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Piel

Erupcion de Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------------------	--------------------------	--------------------------

Antecedentes Medicos

Cancer, Cellulas Basales	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Venas Varicosas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Neurologico

Paralisis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-----------	--------------------------	--------------------------

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Richard C. Galperin, DPM
una división de Podiatric Medical socios de Texas (PMPT)
801 N Zang Blvd Ste 103
Dallas, TX 75208

Oficial de privacidad - Tonya Hughes, Gerente de oficina, (214) 330-9299 ext 1003

23/09/2013 Eficaz

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Entendemos la importancia de la privacidad y están comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que brindamos y puede recibir tales registros de otros. Utilizamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de atención médica proporcionar atención médica de calidad, para obtener pago por los servicios prestados a lo permitido por su plan de salud y para permitirnos cumplir con nuestras obligaciones legales y profesionales para funcionar correctamente esta práctica médica. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de información de salud protegida, para brindar a los individuos con el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida y notificar a los individuos afectados tras una brecha de información de salud protegida sin garantía. Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad mencionados.

TABLA DE CONTENIDOS

A. Cómo esta práctica puede uso médico o divulgar su información médica.....	p.2
B. Cuando este médico práctica puede no utilizar o divulgar su información médica.....	p.5
C. Derechos de información de salud su.....	p.5
1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad	
2. Derecho a pedir comunicaciones confidenciales	
3. Derecho a inspeccionar y copiar	
4. El derecho a modificar o complementar	
5. Derecho a una contabilidad de accesos	
6. Derecho a un papel o una copia electrónica de este aviso	
D. Cambios a este aviso de prácticas de privacidad.....	p.6
E. Quejas.....	p.6

A. Cómo esta práctica médica puede usar o divulgar su información médica

Esta práctica médica recopila información sobre su salud y almacena en un expediente de registro personal de salud electrónicos de salud. Este es su expediente médico. El expediente médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información contenida en el expediente médico te pertenece a ti. La ley nos permite usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Utilizamos información médica sobre usted para proporcionar la atención médica. Revelemos información médica a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de

la atención que necesita. Por ejemplo, nosotros podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de cuidado de la salud que proporcionan servicios que nosotros no proporcionamos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que lo necesita para surtir una receta para ti, o en un laboratorio que realiza una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que pueden ayudarlo cuando usted está enfermo o lesionado, o después de morir.

2. Pago. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para obtener pago por los servicios que ofrecemos. Por ejemplo, le damos su plan de salud se requiere antes de que nos dará la información. También podemos divulgar información a otros proveedores de cuidado de la salud para ayudarles a obtener el pago por los servicios que han proporcionado a usted.

3. Cuidado de la salud operaciones. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y cualificación de nuestros profesionales. O podemos utilizar y divulgar esta información para obtener su plan de salud para autorizar servicios o referencias. También podemos utilizar y divulgar esta información según sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluyendo fraude y abuso de programas de detección y cumplimiento de normas y planificación de negocios y gestión. También podemos compartir su información médica con nuestros socios, como nuestro servicio de facturación, que realizan servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos asociados de negocios que contiene términos que requieren ellos y a sus subcontratistas para proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica protegida. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de salud o los planes de salud que tienen una relación con usted, cuando piden esta información para ayudarles con sus actividades de evaluación y mejora de calidad, sus actividades de seguridad del paciente, sus esfuerzos para mejorar la salud o reducir los costos de salud, su desarrollo de protocolo, casos actividades de gestión o coordinación de la atención, su examen de competencia basado en la población, las calificaciones y el rendimiento de profesionales sanitarios, sus programas de entrenamiento, acreditación, certificación o licencia **actividades o sus esfuerzos de detección y cumplimiento fraude y abuso de cuidado de la salud. Puede también compartamos información médica sobre usted con los otros proveedores de atención médica, centros de salud y planes de salud que participen con nosotros en 'organiza los acuerdos sanitarios (OHCAs) para cualquiera de los OHCAs' operaciones de atención médica. OHCAs incluyen hospitales, organizaciones de médicos, planes de salud y otras entidades que colectivamente proporcionan servicios de salud. Un listado de los OHCAs que participamos en esta disponible desde el oficial de privacidad.**

4. Recordatorios. Podemos usar y divulgar su información médica para contactar y recordarle de las citas. Si usted no es casero, nos podemos ir esta información en su máquina contestadora o en un mensaje con la persona que contesta el teléfono.

5. Ingrese en la hoja. Podemos usar y revelar información médica sobre usted por tenerte firmar cuando se llega a nuestra oficina. Podemos llamar por su nombre cuando estamos listos para ver.

6. Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su condición general o, a menos que usted nos había instruido en caso contrario, en caso de su fallecimiento. En el caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de ayuda para que ellos puedan coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que está involucrado en su cuidado o ayuda a pagar por su

cuidado. Si eres capaz y disponible para estar de acuerdo u objeto, nosotros le dará la oportunidad al objeto antes de hacer estas declaraciones, aunque podemos divulgar esta información en un desastre aún más su objeción si creemos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. Si usted es incapaz o no disponible para estar de acuerdo o de objeto, nuestro profesionales de la salud usará su mejor juicio en comunicación con su familia y otras personas.

7. Marketing. Proporcionado no recibimos ningún pago por hacer estas comunicaciones, podremos contactarlo para darle información sobre los productos o servicios relacionados a su tratamiento, administración de casos o coordinación de la atención, o para dirigir o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o ajustes del cuidado pueden ser de interés para usted. Del mismo modo podemos describir los productos o servicios ofrecidos por esta práctica y decirte que esta práctica participa en los planes de salud. Podemos también animamos a mantener un estilo de vida saludable y conseguir recomendación pruebas, participar en un programa de manejo de la enfermedad, proveerle con pequeños regalos, dígame usted sobre gobierno patrocinada por los programas de salud o fomentar la compra de un producto o servicio cuando vemos, por el cual podemos ser pagados. Por fin, podamos recibir indemnización que cubre nuestro costo de recordándoles que tomar y llenar su medicación, o lo contrario comunica acerca de un medicamento o biológica que actualmente se prescribe para usted. De lo contrario no usar o revelar su información médica para fines de marketing o aceptar cualquier pago para otras comunicaciones de marketing sin su previa autorización por escrito. La autorización revelará si recibimos alguna compensación por cualquier actividad de marketing usted autoriza, y nos detendremos cualquier futura comercialización actividad en la medida que usted revocar esa autorización.

8. Venta de información de salud. No venderemos su información médica sin su previa autorización por escrito. La autorización se revelará que recibiremos compensación por información sobre su salud si usted nos autoriza a vender, y nos detendremos las ventas futuras de su información en la medida en que usted revocar esa autorización.

9. Requerido por la ley. Como es requerido por la ley, nosotros usaremos y revelaremos su información de salud, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley. Cuando la ley nos obliga a reportar abuso, negligencia o violencia doméstica, o responden a procedimientos judiciales o administrativos, o a los funcionarios policiales, además cumpliremos con los requisitos establecidos por debajo con respecto a esas actividades.

10. La salud pública. Podemos y a veces están obligados por ley, al divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; informes de niños, anciano o dependiente adultos abuso o negligencia; reporte de violencia doméstica; reportando a las Food and Drug Administration problemas con productos y reacciones a medicamentos; y denunciar la exposición enfermedad o infección. Cuando Divulgamos presunto maltrato a adultos mayor o dependiente o violencia doméstica, informaremos usted o su representante personal puntualmente a menos que a nuestro mejor juicio profesional, creemos que la notificación le pondría en riesgo de daños graves o exigiría informar a un representante personal que creemos es responsable del abuso o daño.

11. Salud actividades de supervisión. Podemos y a veces están obligados por ley, al divulgar su información médica a agencias de supervisión de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos, sujeto a las limitaciones impuestas por la ley.

12. Procesos judiciales y administrativos. Podemos y a veces están obligados por ley, al divulgar su información médica en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en la medida expresamente autorizada por una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud y no se opuso, ni si sus objeciones han sido resuelta por una orden judicial o administrativa.

13. Ley. Puede y a veces están obligados por ley, para divulgar su información médica a un oficial de la ley para fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, material testigo o persona extraviada, cumpliendo con una orden judicial, orden, citación del gran jurado y otros propósitos de cumplimiento de la ley.

14. Médicos forenses. Se puede y a menudo están obligados por ley, al divulgar su información médica a médicos forenses en relación con sus investigaciones de las muertes.

15. Órgano o donación de tejidos. Podemos divulgar su información médica a organizaciones involucradas en la adquisición, Banca o el trasplante de órganos y tejidos.

16. Seguridad pública. Podemos y a veces están obligados por ley, al divulgar su información médica a las personas apropiadas con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o público en general.

17. Prueba de inmunización. Daremos a conocer pruebas de inmunización a una escuela que se requiere para tenerlo antes de admitir a un estudiante donde usted ha accedido a la divulgación en nombre de usted mismo o sus dependientes.

18. Las funciones de gobierno especializados. Podemos divulgar su información médica por razones de seguridad nacional o militar o a instituciones correccionales o a oficiales de policía que tendrá bajo su custodia legal.

19. Compensación a los trabajadores. Podemos divulgar su información médica según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores. Por ejemplo, en la medida que su atención está cubierta por compensación a los trabajadores, vamos a hacer informes periódicos a su empleador acerca de su condición. También estamos obligados por ley a informar casos de accidentes de trabajo o enfermedad ocupacional para el empleador o aseguradora de compensación de trabajadores.

20. Cambio de propiedad. En caso de que esta práctica médica se vende o se fusionara con otra organización, su información de salud/registro pasarán a ser propiedad del nuevo dueño, aunque se mantendrá el derecho de solicitar que copias de su información de salud sean transferidos a otro médico o médica grupo.

21. Incumplimiento notificación. En caso de violación de información de salud protegida sin garantía, le notificaremos como exige la ley. Si usted nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar correo electrónico para comunicar información relacionada con el incumplimiento. En algunas circunstancias, nuestro socio de negocios puede proporcionar la notificación. También podemos proporcionar notificación por otros métodos, según convenga.

22. La investigación. Podemos divulgar su información médica a los investigadores realizar investigaciones respecto de los cuales no se requiere como fue aprobada por una Junta Junta de revisión institucional o privacidad, en cumplimiento de la ley que rige su autorización por escrito.

B. Cuando esta práctica médica no puede usar o divulgar su información médica

Excepto como se describe en este aviso de prácticas de privacidad, esta práctica médica será, consistente con sus obligaciones legales, no utilizar o divulgar información de salud que le identifica a usted sin su autorización por escrito. Si usted autoriza esta práctica médica para usar o divulgar su información médica para otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Los derechos de información de salud

1. Derecho a pedir protecciones especiales de privacidad. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica por una solicitud por escrito especificando qué información desea limitar y qué limitaciones en el uso o la divulgación de esa información que desea han impuesto. Si dice que no revelar información a su plan de salud comercial relativa a salud artículos o servicios que usted pagó en completo desembolso, nosotros cumpliremos su petición, a menos que nosotros debemos revelar la información por razones legales o tratamiento. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra petición y le notificará de la decisión.

2. Derecho a pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que reciba su información de salud de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, usted puede pedir que enviemos información a una cuenta de correo electrónico particular o a su trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables presentadas por escrito que especifique cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud, con excepciones limitadas. Para acceder a su información médica, usted debe presentar una solicitud por escrito detallando qué información desea acceso a, si desea inspeccionar u obtener una copia de él, y si usted quiere una copia, su forma preferida y formato. Nosotros le proporcionaremos copias en su formulario de pedido y formato si es fácilmente producible, o nosotros le proporcionaremos con un formato alternativo que encontrará aceptable, o si no estamos de acuerdo y mantener el registro en formato electrónico, tu elección de una lectura electrónica o en formato impreso. También le enviaremos una copia a cualquier otra persona que usted designe por escrito. Se cobrar un honorario razonable que cubre nuestros costos de mano de obra, suministros, gastos de envío y si solicita y acordaron en avance, el costo de la preparación de una explicación o Resumen. Podemos negarle su petición en circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud para acceder a registros de su hijo o el de un adulto incapacitado que estás representando porque creemos que permite acceso sería razonablemente susceptible de causar un daño sustancial al paciente, tienes derecho a apelar nuestra decisión. Si denegamos su solicitud para acceder a tus notas de psicoterapia, tendrás derecho a que les transfirió a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a modificar o completar. Usted tiene el derecho de solicitar que corriamos su información de salud que crees que es incorrecta o incompleta. Debe realizar una solicitud de modificación en la escritura y son las razones por las que crees que la información es incorrecta o incompleta. Que no son necesarios para cambiar su información de salud y le proporcionará información sobre negación de esta práctica médica y cómo usted puede estar en desacuerdo con la denegación. Podemos negarle su solicitud si no tenemos la información, si nosotros no creamos la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda), si no se permitiría a inspeccionar o copiar la información en cuestión, o si la información es precisa y completa como es. Si denegamos su solicitud, usted puede presentar una declaración escrita de su desacuerdo con esa decisión y, a su vez, puede preparar una refutación escrita. Toda la información relacionada a cualquier solicitud de modificación será mantenida y divulgada en conjunción con cualquier divulgación posterior de la información disputada.

5. Derecho a una contabilidad de accesos. Usted tiene derecho a recibir un informe de divulgaciones de su información médica hecha por esta práctica médica, excepto que esta práctica médica no tiene en cuenta las revelaciones proporcionadas a usted o en virtud de su autorización por escrito, o como se describe en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (de pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la sección A de este aviso de prácticas de privacidad o divulgaciones para fines de investigación salud pública que excluye directas identificadores de pacientes, o que son incidente a un uso o divulgación de otro modo permitido o autorizado por la ley o las revelaciones a una agencia de supervisión de salud o a la medida oficial de la ley esta práctica médica ha recibido el aviso de esa agencia u oficial que proporciona esta contabilidad razonablemente podría obstaculizar sus actividades.

6. De acuerdo a un documento o copia electrónica de este aviso. Tienes derecho a aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, incluyendo el derecho a un documento copia de este aviso de prácticas de privacidad, incluso si usted ha solicitado previamente su recibo por correo electrónico.

Si te gustaría tener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad listados en la parte superior de este aviso de prácticas de privacidad.

D. Cambios a este aviso de prácticas de privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que dicha enmienda, estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigor. Después de una enmienda, el aviso revisado de protecciones de privacidad se aplica a toda la información de salud protegida que mantenemos, independientemente de cuando fue creada o recibida. Vamos a mantener una copia del aviso actual Publicada en nuestra zona de recepción, y dispondrá de una copia en cada cita. También vamos a publicar el presente aviso en nuestro sitio Web.

E. Quejas

Quejas acerca de este aviso de prácticas de privacidad o cómo esta práctica médica maneja su información de salud deben ser dirigidas a nuestro oficial de privacidad listados en la parte superior de este aviso de prácticas de privacidad.

Si usted no está satisfecho con la manera en que esta oficina maneja una queja, usted puede enviar una queja formal al:

Jorge Lozano, Gerente Regional
Oficina para derechos civiles
Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202
Voz de teléfono (800) 368-1019
FAX (214) 767-0432
TDD (800) 537-7697

OCRMail@hhs.gov
El formulario de quejas puede encontrarse en
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf
Que usted no se le penalizará en cualquiera
forma para archivar una queja.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO
DE
NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que se me a dado una copia de la Noticia de Practicas de Privacidad y que he leído (ó que se me a dado la oportunidad de leer si es que yo he querido) y que he entendido la Noticia.

Nombre del Paciente (Imprimir)

Fecha

Padre ó Tutor (Si se aplica)

Firma

Por favor liste el nombre de las personas a las que se les puede dar información acerca de su condición medica.

1. Esposo (a) _____

2. Hijos _____

3. Otro _____
