



## FACTORES DE LA QUEJA

<p style="text-align: center;"><b>¿Qué quiere que suceda a raíz de la consulta?</b></p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	<p><b>¿Cómo y cuándo se presentó el problema? (Por favor, indique cada respuesta sobre el dolor de espalda/cuello.)</b></p> <p>No sé cómo empezó. Viene y va. ¿Lo ha tenido mucho tiempo? ( años)</p> <p>Lesión (fecha de lesión ( ____ ) ¿Laboral?      sí      no Por favor, diga cómo pasó la lesión.</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>¿Actualmente hay litigio sobre el dolor de espalda? yes      no</p> <p>¿Le han descansado del trabajo?              sí      no      N/A</p>
---	--

**¿Qué tan severo es el dolor? Ponga "X" (--X--) en cada línea para indicar el dolor**

¿Qué tan severo es el dolor de cintura?

Nada -----Lo Peor Posible

¿Qué tan severo es el dolor de la espalda mediana?

Nada -----Lo Peor Posible

¿Qué tan severo es el dolor de cuello?

Nada -----Lo Peor Posible

¿Qué tan severo es el dolor de pierna?

Nada -----Lo Peor Posible

**Por favor, evalúe el dolor de 1 - 10 (10 = el mayor dolor)**

1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

<b>¿Es dolor (encierre todo lo que aplica):</b>	Constante	Ocasional	Agudo
	Doloroso	Punzante	Pulsante
	Ardor	Espasmódico	Eléctrico
<b>¿Cuáles síntomas tiene? (encierre todo que aplica):</b>	Entumecimiento	Hinchazón	Inmovilidad
Dolor al Alzar	Dolor con actividad arriba	Agarra	Muele
Debilidad	Inestabilidad	Dolor Nocturno	Hormigueo
			Otro:

<p style="text-align: center;"><b>¿Tiene alguno de los problemas abajo?</b> (Por favor, marque las respuestas.)</p> <p>¿Es peor el dolor de noche?                      sí      no</p> <p>¿El dolor lo despierta?                              sí      no</p> <p>¿La tos afecta el dolor?                              sí      no</p> <p>¿Le cansa/duele la pierna al caminar lejos?    sí      no</p> <p style="text-align: center;">Si contesta que Sí, ¿cuánto puede</p> <p style="text-align: center;">Menos de 1 cuadra    1-3 cuerdas    más de 3 cuerdas</p> <p>¿Se alivia descansando la pierna?              sí      no</p> <p>¿Se alivia inclinándose para adelante?        sí      no</p>	<p><u>Control de Vejiga (orina):</u></p> <p>Ningún problema</p> <p>No puedo vaciarla</p> <p>Pierdo orina (accidentes)</p> <p><u>Control Intestinal:</u></p> <p>Ningún problema</p> <p>Estreñimiento</p> <p>No se controla (accidentes)</p>
--	--

**¿Cómo afecta el dolor lo siguiente? (marque la respuesta)**

Sentarse	Mejor	Peor	Sin cambio	
Pararse	Mejor	Peor	Sin cambio	
Caminar	Mejor	Peor	Sin cambio	
Acostarse	Mejor	Peor	Sin cambio	
Parar de silla	Mejor	Peor	Sin cambio	
Actividad física	Mejor	Peor	Sin cambio	
Calor	Mejor	Peor	Sin cambio	No sé
Frío	Mejor	Peor	Sin cambio	No sé
Masaje	Mejor	Peor	Sin cambio	No sé

## TRATAMIENTO PREVIO

Necesitamos saber del tratamiento ya recibido para el dolor de espalda/cuello actual. Si es Sí, ¿mejoró o empeoró la condición?

**Ha tenido:**

Cuidado quiropráctico	Mejor	Peor
Terapia física	Mejor	Peor
Inyecciones	Mejor	Peor
Consulta psicológica	Mejor	Peor
Otro: _____	Mejor	Peor

Para el dolor de espalda/cuello, actual, marque las casillas indicando cuándo se hicieron pruebas.

<6 meses   < 12 meses

Rayos X  
MRI  
CT  
Mielograma  
Discograma  
EMG/NCV(prueba de nervios)

¿Ha recibido cirugía/procedimiento en la espalda o cuello?

sí   no   Si contesta que sí, llene lo que sigue:

1) Tipo de cirugía/procedimiento \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_

¿El dolor se mejoró o se empeoró?

2) Tipo de cirugía/procedimiento \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_

¿El dolor se mejoró o se empeoró?

3) Tipo de cirugía/procedimiento \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_

¿El dolor se mejoró o se empeoró?

## HISTORIA MÉDICA GENERAL

Por favor, marque cualquier condición médica actual o previa:

- |                                   |  |   |  |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Latido Cardíaco Irregular | <input type="checkbox"/> Artritis             | <input type="checkbox"/> VIH                 |
| <input type="checkbox"/> Asma     | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco           | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide  | <input type="checkbox"/> Dependencia Química |
| <input type="checkbox"/> Coágulos | <input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial     | <input type="checkbox"/> Tiroides             | <input type="checkbox"/> Alcoholismo         |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto           | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> Depresión           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca       | <input type="checkbox"/> Embolio/Convulsión   | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C     |
| <input type="checkbox"/> COPD     | <input type="checkbox"/> Circulación Deficiente    | <input type="checkbox"/> Émbolo Pulmonar      | <input type="checkbox"/> Osteoporosis        |
| <input type="checkbox"/> Otro     |  |   |  |

Have you ever had a blood transfusion?  Yes  No   If yes, when? \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

¿Tiene alergia a: Penicilina:  Sí  No   Sulfa:  Sí  No   Látex:  Sí  No

Ninguna alergia conocida a medicamentos

Por favor, indique toda alergia: \_\_\_\_\_

**HISTORY SOCIAL**

Mano Dominante:  Izquierda  Derecha   Estado Civil:  S  C  V  D

¿Cuál es su trabajo? (título laboral): \_\_\_\_\_

Tobacco Use:  Yes  No   Tipo: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Fecha que lo dejó: \_\_\_\_\_

Uso de Alcohol:  Sí  No   Frecuencia: \_\_\_\_\_

Uso de Drogas de la Calle:  Sí  No   Frecuencia: \_\_\_\_\_

**HISTORIA GASTROINTESTINAL**

¿Tiene una historia de enfermedad de úlcera péptica?  Sí  No   Si contesta que sí, cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene una historia de sangrado estomacal o GI?  Sí  No   Si contesta que sí, cuándo? \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos para el estómago? (Por favor, incluya medicamentos no recetados: i.e. Pepcid, Tums, Zantac, etc.) Indique la dosis y frecuencia.

¿Ha tomado algún medicamento antiinflamatorio por más de 30 días? (Por favor, incluya todo medicamento no recetado tales como Advil, Aleve, y medicamentos anteriormente recetados tales como Celebrex y Vioxx. Indique todos los que ha probado.

## HISTORIA MÉDICA GENERAL

**MEDICAMENTOS** – Por favor, apunte todo medicamento que toma actualmente. Incluya antibióticos, anticoagulantes, insulina, medicamentos para el corazón, aspirina, y cualquier otro medicamento no recetado. Incluya vitaminas, minerales y suplementos herbales.

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Apunte cualquier cirugía mayor que ha recibido que no sea de la espalda o cuello.**

Tipo de cirugía:

- |    |       |     |       |
|----|-------|-----|-------|
| 1. | _____ | Año | _____ |
| 2. | _____ | Año | _____ |
| 3. | _____ | Año | _____ |

---

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

---

<p><b>No sé la historia médica de mis padres biológicos u otros familiares. (Pase a la siguiente sección.)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Madre</b></p> <p>Vive edad: _____</p> <p>Murió a los _____</p> <p>por _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Father:</b></p> <p>Vive edad: _____</p> <p>Murió a los: _____</p> <p>por _____</p>	<p>Número de hermanos vivos _____,</p> <p>Número de hermanos muertos _____,</p> <p>causa(s) _____</p>
--	---	--	---

<p><b>Familiares míos (padres, hermanos, abuelos, tíos) que padecen de lo siguiente:</b></p>		
<p>Marque todo lo que aplica:</p> <p>Embolio</p> <p>Diabetes</p> <p>Enfermedad pulmonar</p> <p>Alta presión arterial</p>	<p>Problemas cardíacos</p> <p>Problemas de espalda</p> <p>Cáncer</p> <p>Osteoporosis</p> <p>Escoliosis</p>	<p>Cifosis</p> <p>Artritis</p> <p>Ninguno de éstos</p> <p>No sé</p> <p>Otro_ _____</p>

---

## REPASO DE SISTEMAS

### REPASO DE SISTEMAS

Marque síntomas o problemas médicos conocidos actuales en las siguientes áreas. Por favor, describa. Si no tiene problemas, por favor, marque la casilla "Normal"

- ESQUELETO**       Artralgias       Hinchazón de articulación       Dolor de extremidades  
 Dolor de articulación       Rigidez de articulación       Hinchazón de articulación
- CONSTITUCIONAL**       Normal       Fiebre       Sentirse mal       Aumento de peso reciente  
 (\_\_\_ lbs)       Escalofrío       Sentirse cansado (Fatiga)       Pérdida de peso reciente (\_\_\_ lbs)
- OJOS**       Normal       Dolor ocular       Problemas de visión       Sequedad ocular  
 Enrojecimiento ocular       Secreciones oculares       Picazón ocular
- OÍDOS, NARIZ**       Normal       Dolor de oído       Sangrado nasal       Dolor de  
 garganta       Pérdida de audición       Secreciones nasales       Ronquera
- CORAZÓN**       Normal       Dolor de pecho       Frecuencia acelerada       Claudicación de  
 pierna       Palpitaciones       Frecuencia lenta       Hinchazón de extremidad inferior
- RESPIRATORIO**       Normal       Falta de aliento       Tos       Dificultad de respiración al acostarse  
 Respiración silbante       Dificultad de respiración al hacer ejercicio       PND
- GI**       Normal       Dolor abdominal       Estreñimiento       Acidez  
 Vómitos       Diarrea       Sangre en las heces
- GO**       Normal       Dolor al orinar       Dolor pélvico       Vaginal / Secreciones del pene  
 Incontinencia       Menstruación irregular       Sangrado vaginal anormal
- PIEL**       Normal       Picazón       Sarpullido       Dolor de pecho  
 Lesión de piel       Cambio de lunar       Masa en el pecho
- NEUROLÓGICO**       Normal       Confundido       Mareado       Debilidad de extremidad  
 Convulsiones       Desmayos       Dificultades para caminar
- PSIQUIÁTRICO**       Normal       Suicida       Ansiedad       Cambio de personalidad  
 Trastorno de sueño       Depresión       Problemas emocionales
- ENDOCRINO**       Normal       Proptosis       Debilidad muscular       Sentirse débil  
 Sofocos       Ronquedad de la voz
- HEMATOLOGY**       Normal       Easy Bleeding       Swollen Glands       Easy Bruising

Other: \_\_\_\_\_

**WOMEN ONLY:** Are you, or could you be pregnant? \_\_\_ NO  
 \_\_\_ YES Please inform the Medical Assistant and Radiology Tech.

Firma de paciente (Tutor si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma de médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Integrated Medical Services (IMS)

Hoja de Registro para Nuevos Pacientes

IMS Orthopedics and Pain Management



## Farmacia de Preferencia

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zona Postal: \_\_\_\_\_

## Diseminación de Información

La persona que se indica a continuación tiene mi consentimiento para recibir información médica, concerniente al paciente arriba indicado, en persona o por teléfono. Asimismo podrán recoger las recetas necesarias (con la excepción de sustancias controladas), radiografías y formularios de laboratorio.

\_\_\_\_\_  
*Nombre*

\_\_\_\_\_  
*Relación al paciente*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono*

**Autorización para fracturar/pagar:** Autorizo a IMS y a sus afiliadas a divulgar cualquier información que se requiera en el transcurso de mi examinación o tratamiento que pudiera incluir VIH, enfermedades contagiosas, o información sobre el abuso de drogas. Asimismo autorizo el pago directo a la oficina administrativa de IMS y sus afiliados por beneficios para servicios quirúrgicos y de salud, de haberlos, que de otra manera fuesen pagaderos a mi favor por servicios prestados. Entiendo que yo soy el responsable financiero por todo cargo no cubierto por mi seguro. Asimismo comprendo que soy responsable por todo cargo incurrido en la cobranza de mi(s) cuenta(s) por la consulta/servicios de hoy, y todas las consultas/servicios futuros con IMS. También seré responsable de los cargos incurridos si mi cuenta(s) fuese trasladada a una agencia de cobro externa. Se acumularán cargos financieras después de 90 días en cualquier saldo impagado que sea responsabilidad del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

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

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

**Cuenta #:** \_\_\_\_\_

Nosotros en Integrated Medical Services, Inc. ("IMS") estamos comprometidos a proporcionar una atención y un servicio de calidad a todos nuestros pacientes. Su comprensión de nuestras políticas financieras es importante para nuestra relación profesional. Por favor tome un momento para leer este documento para comprender plenamente su responsabilidad como paciente y firmar y fechar la parte inferior.

**Información sobre el seguro:** Usted es responsable de asegurarse de que tenemos en archivo toda la información del seguro actualizada, incluyendo tarjetas de seguro actuales. Si no se proporciona esta información de manera oportuna puede dar lugar a los cargos que se facturan a usted. Le pedimos actualizar y verificar su registro en cada visita.

**Deducible del seguro, copagos y coseguro:** Si usted no ha cumplido con el deducible de su plan de salud en la fecha de servicio, vamos a recoger una cantidad estimada para su deducible antes que lo atiendan. Tenga en cuenta que puede recibir una factura por cargos adicionales por los servicios prestados. Usted es responsable de cualquier co-pagos y co-seguros requeridos por su compañía de seguros en el momento del servicio. Los pagos recibidos en exceso de los cargos pueden ser aplicadas a los servicios subsiguientes.

**Servicios no cubiertos:** Haremos nuestro mejor esfuerzo para verificar la cobertura hasta que lo atiendan, pero en última instancia es su responsabilidad de garantizar el pago de su factura. Cualquier servicio que brindan nuestros proveedores que no está cubierto por su seguro es su responsabilidad. Es su responsabilidad conocer sus beneficios antes de ser visto. La verificación de las prestaciones y la cobertura del seguro no es una garantía de pago.

**Referencias:** Vamos a hacer todo lo posible para asegurar que tenemos en archivo una referencia válida para los servicios. Sin embargo, si su póliza de seguro requiere una referencia, usted es responsable de asegurarse de que hay una referencia válida y actual en el archivo antes de ser visto.

**Pago por cuenta propia:** Si usted no tiene seguro de salud, están en un plan que no tenemos contrato, o si no podemos verificar su cobertura en el momento del servicio, nosotros obtenemos un pago estimado antes que lo atiendan un proveedor. Puede haber cargos adicionales dependiendo de los servicios efectivamente prestados por los que puede recibir una factura.

**Cheques devueltos:** se cobra una tarifa de \$ 25.00 para los cheques devueltos.

**Política de No Arribo:** Si usted no puede asistir a su cita, los pedimos que cancelar su cita por lo menos 24 horas antes de que se pueden ver en nuestra oficina. Si no se cancela una cita de manera oportuna resultará en un cargo de No Arribo de \$ 25.00. Múltiples *No Arribo* pueden dar lugar a que el paciente sea despedido de IMS.

**Menores:** Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el padre, tutor o responsable que lleva al paciente a la cita es responsable de todos los pagos en el momento del servicio.

**Cuentas morosas:** Cargos adicionales, incluyendo los honorarios de recolección y cargos financieros, pueden ser añadidos a las cuentas atrasadas pendientes de pago. Tarifas de \$5 se acumulará cada vez que se genera un nuevo estado de cuenta después de que el primer estado de cuenta sea enviado y no se hayan efectuado ningún pago o solo un pago parcial. Su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobro si el saldo tiene más de 90 días y no se hayan efectuado ningún pago o solo un pago parcial.

**Contacto:** Si usted tiene alguna pregunta con respecto a su cuenta, por favor póngase en contacto con la oficina de facturación IMS al (602) 633-3838

He leído las políticas financieras de IMS arriba descritas y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo que IMS tiene el derecho de modificar estas políticas en cualquier momento.

Firma del Paciente o Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_



Una división de Integrated Medical Services

**Política del consultorio  
De vigencia inmediata**

1. No se verán en este consultorio a pacientes menores de 18 años de edad sin una nota escrita de un tutor legal.
2. Si un paciente no pueda cumplir con una cita con su proveedor médico, deberá recibirse una llamada telefónica en nuestra oficina con por lo menos 24 horas de anterioridad a la hora de la cita; de otra manera, automáticamente se cargará una cuota administrativa de \$25.00 a la cuenta del paciente.
3. No facturamos por copagos. **SE ESPERA ESTE PAGO EL DÍA EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS.**
4. Hay una cuota administrativa de \$25.00 por papeleo que deba llenar su médico ortopedista; esto incluye sin limitación a papeleo por FMLA, discapacidad, y declaraciones de capacitación del médico. Se requiere este pago antes de realizarse.
5. Si un paciente deja un recado con nuestro consultorio, puede esperar recibir una llamada de vuelta dentro de las 24 horas.
6. No llamará el **MÉDICO DE GUARDIA** para medicamentos para el dolor o de rutina. Pacientes deberán esperar al día hábil siguiente para discutirlo con su médico.
7. Todo paciente tendrá responsabilidad por programar sus citas de seguimiento y deberá acudir a tiempo.
8. Si un paciente llega 15 minutos después de la hora de su cita, se le pedirá que la fije para otro tiempo. Si el paciente debe verse por motivo de una enfermedad aguda, deberá esperar a que lo vea otro médico después de que se evalúe su caso.
9. Pacientes sin cita serán vistos solamente con la autorización del proveedor.
10. En ningún momento se compartirá la información médica con otro individuo, o otra parte, a menos que lo especifique de manera explícita el paciente. (Deberá firmarse un formulario de consentimiento que autoriza la divulgación de información médica.)
11. ***Este consultorio no se responsabiliza por sus beneficios de su seguro médico.*** Si su proveedor recomienda una prueba o una intervención pero **NO** la cubre su seguro, usted tiene la responsabilidad por **TODOS LOS CARGOS**. Esto incluye cargos relacionados con el control de peso y obesidad.
12. Si el proveedor médico considera que usted necesita más pruebas diagnósticas (rayos x, etc.), o lo refiere a un especialista, es responsabilidad suya asegurarse de que tales pruebas o consultas se realicen.
13. **EN NINGÚN MOMENTO** se tolerará lenguaje inapropiado al estar en las instalaciones o hablando por teléfono con el personal de Valley Orthopedics.
14. Si un paciente falta a 3 visitas en un año, Valley Orthopedics se reserva el derecho a discontinuar la relación proveedor-paciente. Se enviará una carta al paciente para notificarle de lo mismo.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la directiva del consultorio Valley Orthopedics. Tendré una copia solamente si pido una. Acuerdo seguir estas directivas en todo momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Integrated Medical Services, Inc.

## HIPAA AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DISTRIBUIR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTA INFORMACIÓN CON DETENIMIENTO.**

Integrated Medical Services, Inc. ("IMS") se a comprometido a proteger la confidencialidad de la información médica de sus pacientes. Este Aviso de Practica sobre Privacidad describe la forma en que podemos utilizar y divulgar su información médica y sus derechos con respecto a su información médica.

### **COMO UTILIZAREMOS Y DISTRIBUIREMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Podemos utilizar o distribuir su información médica sin su autorización para los siguientes propósitos:

**Tratamiento:** Usaremos y enseñaremos su información médica para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado de salud y servicios relacionados, e incluyendo la coordinación o dirección de su cuidado de salud con otros partidos. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica, si es necesario, a una agencia de salud al hogar que le brinde servicios o a un médico a quien se le ha referido para asegurar que el médico pueda contar la información necesaria para diagnosticar y tratarle.

**Pago:** Su información médica se utilizara o se distribuirá, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos que se la han brindado. Por ejemplo, podemos cobrarle a su plan de salud por el costo de los servicios que se le han brindado. También podemos comunicarnos con su plan médico para investigar si se autorizará el pago para sus servicios, para evaluar el monto de su copago (el pago de su bolsillo) u obtener aprobación para ingreso al hospital.

**Gestión de Servicios Médicos:** Podemos utilizar o divulgar su información médica, según sea necesario, con el fin de apoyar las actividades de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, entrenamiento y educación, actividades de evaluación de calidad, gestión de riesgos, gestión de reclamos, consulta legal, evaluación de médico y empleado, licenciatura, estudios reglamentarios y otras actividades relacionadas a planificación de negocios. Además, podemos utilizar una hoja en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre y nos indique el de su médico. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para su consulta.

**Citas y Servicios Médicos:** Podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted para recordarle de su próxima cita, para informarle sobre sus opciones de tratamiento o alternativas, o hablar de servicios médicos que le podemos ofrecer.

**Familia y Amigos:** Podemos divulgar su información médica a un familiar o amigo que esté legalmente interesado en su atención médica o a alguien que ayuda a pagar su cuidado médico. Si no quiere que su información médica se disponible a miembros de la familia u otros interesados en su cuidado médico, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

**Asociados:** Contratamos con partidos terceros, conocidas como asociados. Estos asociados ofrecen servicios a o desempeñan servicios en nombre de nosotros, tal como nuestros contadores, consultores y abogados. Podemos divulgar su información médica a nuestros asociados ya que estén de acuerdo por escrito a asegurar su información médica, ya que también a nuestros asociados se les requiere por ley asegurar la privacidad de su información médica.

**Requerido por la Ley:** Divulgaremos su información médica cuando se nos obligue a hacerlo por ley federal, estatal o local.

**Actividades de Salud Pública:** Podemos utilizar su información médica para actividades de salud pública tales como informes de nacimientos, muertes, enfermedades transmisibles, lesiones o discapacidades y para la seguridad de medicamentos y dispositivos médicos.

**Actividades de Supervisión de Salud:** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades tales como las auditorías; investigaciones civiles, administrativas o penales, procedimientos o acciones judiciales; inspecciones; otorgamiento de licencias o acciones disciplinarias; u otras actividades necesarias para la supervisión adecuada autorizada por la ley.

**Agencia de Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration (FDA)):** Podemos divulgar su información médica a una persona o empresa conforme a la FDA para reportar eventos adversos, defectos en el producto o problemas o desviaciones de productos biológicos; seguimiento de productos regulados por la FDA; para activar retiros de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; para llevar a cabo información de vigilancia después de la comercialización o para otros fines relacionados a la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulada por la FDA.

**Agencias de La Ley:** Podemos divulgar su información médica a agencias de la ley en circunstancias limitadas, como para identificar o localizar a sospechosos, fugitivos, testigos o víctimas de un delito, para reportar muertes a causa de crimen, crimen en nuestras instalaciones o en situaciones de tratamiento de emergencia.

**Judiciales y procedimientos administrativos:** Podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una orden de corte o tribunal administrativo según la autorización de tal orden. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal que no sea acompañado por una orden de corte o tribunal administrativo, bajo ciertas circunstancias permitidas por la ley.

**Para Evitar Una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad:** Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. También podemos divulgar información sobre usted si es necesario para que las autoridades puedan identificar o detener a un individuo.

**Los Esfuerzos de Alivio de Desastre:** Podemos utilizar o divulgar su información médica a una entidad pública o privada autorizada para ayudar a los damnificados del desastre. Puede que tenga la oportunidad de oponerse, al menos que su oposición nos impida a responder a las circunstancias de emergencias.

**Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** podemos divulgar información médica conforme a la ley aplicable a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para ayudarles a llevar a cabo sus deberes.

**Donación de Organos y Tejidos:** Podemos divulgar información de salud conforme a las leyes aplicables a las organizaciones que manejan las donaciones de órganos, ojos o tejidos, órganos o el trasplante.

**Recaudación de Fondos:** Podemos utilizar cierta información para comunicarnos con usted como parte de nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si usted recibe una comunicación de nosotros, se dará la oportunidad de optar a recibir dichas comunicaciones en el futuro.

**Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation):** Podemos divulgar su información médica según la autorización para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y otros programas similares establecidos por la ley.

**Militares, Veteranos, Seguridad Nacional y Otros Propósitos Gubernamentales:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica como se requiere por las autoridades de comando militar o con el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs ). También podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados de inteligencia y seguridad nacional.

**Las Instituciones Correccionales:** Si usted está o se convierten en un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar a la institución u oficial de la ley la información necesaria para la prestación de servicios de salud para usted, su salud y seguridad, la salud y la seguridad de otras personas y oficiales de la ley en las instalaciones de la institución y la administración y la seguridad y buen orden de la institución.

**Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica:** Podemos divulgar su información médica a una autoridad gubernamental, como un servicio social o agencia de servicios de protección, si creemos razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos también usar y revelar información sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede tratarse de comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento a aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto propuesto de investigación y el uso de información médica y equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes para la privacidad de su [información médica privada] PHI. Antes de utilizar o divulgar su [información médica privada] PHI para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación. Sin embargo, puede

divulgar su [información medica privada] PHI a personas preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación, mientras revisan la [información medica privada] PHI no se nos quite la información. También podemos utilizar o divulgar su [información medica privada] PHI para comunicarnos con usted (o, en determinadas circunstancias, para permitir que una entidad de investigación con quien contratemos pueda contactarlo) sobre la posibilidad de inscribirse en un estudio de investigación.

**Si no quiere que le comuniquemos la posibilidad de inscripción a un estudio de investigación (como se a descrito anteriormente), por favor marque sus iniciales aquí: \_\_\_\_**

**Otros Usos y Divulgacion:** Si queremos usar o divulgar su información médica para un propósito que no se discutido en este aviso, necesitamos obtener su autorización. Ejemplos específicos de usos y divulgaciones de su información de salud que requieren su autorización incluyen: (i) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (Notas privadas de un profesional de salud mental que se mantienen separadas de un expediente médico); (ii) la mayoría de usos y divulgaciones de su información médica a comercios; y (iii) las divulgaciones de su información de salud que se consideran la venta de su información médica. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto a la medida que hayamos tomado medidas confiando en el uso o la divulgación indicada en la autorización.

### **DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD:**

Aunque su información de salud es de nuestra propiedad, usted tiene el derecho a:

**Solicitar acceso a su información de salud.** Usted puede solicitar que le dejemos inspeccionar y/o copia de su información médica. Si mantenemos su información médica electrónicamente, puede obtener una copia electrónica de la información o pedirnos que la enviemos a una persona u organización que usted nos indique. Si usted solicita una copia (a papel o electrónica), podemos cobrarle costos razonables. Cualquier solicitud para acceder a su información de salud debe ser por escrito y enviado a nuestro oficial de privacidad.

**Solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información médica.** Puede solicitar que no utilicemos o divulguemos cualquier parte de su información médica por razón particular relacionada a la administración de tratamiento, pagos o atención médica. Nosotros tomaremos en cuenta su solicitud, pero no se nos obliga legalmente a aceptar cualquier restricción que se solicite, excepto en la siguiente situación: Si usted ha pagado totalmente por servicios de su bolsillo, usted puede solicitar que no revelamos información relacionada únicamente a los servicios de su plan médico. Se nos obliga a cumplir con dicha solicitud, excepto donde se nos requiere por ley hacer la divulgación. Cualquier petición para una restricción debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

**Solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por otros medios o a domicilio alternativo. La solicitud debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

**Solicitar una enmienda a su información médica.** Si usted cree que cualquier información en su expediente médico no es correcta, o si usted cree que falta información importante, usted puede solicitar que se corrija esa información o que se añada la información que falta. Dicha solicitud debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

**Solicitar una contabilidad de ciertas revelaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas revelaciones que hayamos hecho de su información médica. Cualquier solicitud de una contabilidad debe ser por escrito y enviado a nuestro oficial de privacidad. La primera lista en cualquier período de 12 meses se le proporcionará gratuitamente, pero le podemos cobrar por cualquier lista adicional solicitada durante el mismo periodo de 12 meses.

**Recibir una copia impresa de esta Notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación cuando la solicite, incluso si usted acordó aceptar la Notificación electrónicamente.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Estamos obligados a (i) mantener la privacidad de su información médica según los la ley; (ii) proporcionarle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y a respetar los términos de dicho aviso; y

(iii) notificarle a usted después de una infracción en el mantenimiento de su información de salud que no esté asegurada conforme a ciertas normas de seguridad.

Reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y hacer que las disposiciones en la nuevo aviso se apliquen a toda información médica que mantenemos. Si cambiamos los términos de este aviso, el aviso actualizado se hará disponible bajo solicitud y se publicara en nuestras localidades de práctica. Copia del aviso actualizado se puede obtenerse por medio de nuestro oficial de privacidad.

**PREGUNTAS, PREOCUPACIONES O QUEJAS**

Si usted tiene preguntas o desea más información acerca de este aviso o cómo ejercer sus derechos de privacidad, comuníquese con nuestro oficial de privacidad al 1-888-787-9845 o por correo a 9250 N. 3<sup>rd</sup> Street, Suite 4010, Phoenix, Arizona 85020.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS) ). Para presentar una queja con nosotros, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad. Para presentar una queja con HHS, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services), 200 independencia Av. S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington DC 20201 (OCRComplaint@hhs.gov). No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.

Fecha de Vigencia: 23 de septiembre de 2013

Su firma a en lo siguiente significa reconocimiento que usted ha leído y entendido este aviso.

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

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

**PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_, por la presente autorizo que IMS divulgue o comunique cualquier y toda información referente a mi persona o mi expediente médico con las siguientes personas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a IMS para que se comunique conmigo a:

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejarle mensaje en maquina?  Si  No

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

# IMS PAIN MANAGEMENT

## DIVISIÓN DE IMS

Atención ortopédica pericial en su vecindario

14415 W. McDowell Rd. Suite D-102 Goodyear, AZ 85395  
4550 E Bell Rd. Suite 280 Phoenix, AZ 85020  
P: (623) 882-1292 / Registros médicos Facsímil: (602) 633-3698

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar la siguiente información del registro de salud de:

<b>INFORMACIÓN DE PACIENTE</b>	Nombre de paciente		Fecha de nacimiento / / ( )	
	Dirección		Número telefónico	
	Ciudad	Estado	Código postal	
	Fechas de servicio: de _____ a _____			
<b>INFORMACIÓN PEDIDA</b>	<input type="checkbox"/> Todo registro correspondiente <input type="checkbox"/> Evaluación(es) <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Informe de ER <input type="checkbox"/> Historia & Físico	<input type="checkbox"/> Informe operatorio <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiografía <input type="checkbox"/> Informes de radiografía <input type="checkbox"/> Registro de facturación <input type="checkbox"/> Especificar:		
<b>PROPÓSITO</b>	<input type="checkbox"/> Para mí	<input type="checkbox"/> Atención médica continua	<input type="checkbox"/> Petición de abogado <input type="checkbox"/> Otro (indicar la razón) _____	
<b>LA INFORMACIÓN SERÁ DADA A:</b>	Compañía, persona, institución	( ) Número telefónico	( ) Número de facsímil	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Entiendo que la información en mi registro de salud podría incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras enfermedades transmisibles, la atención de salud de comportamiento/psiquiátrica, y el tratamiento de alcohol y/o abuso de drogas; con mi firma autorizo la divulgación de toda información de tal índole.

Esta información se le divulga de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben otra divulgación de esta información a no ser que la persona a quien pertenece expresamente permite por escrito tal divulgación adicional o de otra manera sea permitida por 42 CFR Parte 2. La autorización general de la divulgación de información médica y otra información no es suficiente para tal propósito. Las reglas federales limitan el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente del abuso de alcohol o drogas.

Puedo rehusar firmar el formulario de autorización. Entiendo que el Control de Dolor IMS no alterará ni me denegará tratamiento por mi firma en esta autorización.

Entiendo que puedo revocar la autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan realizado acciones a base de la autorización. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Control de Dolor IMS expone el proceso para la revocación, el cual incluye una petición por escrito.

A no ser que revoque la autorización anteriormente, la misma vencerá a los 12 meses de la fecha de la firma o por motivo de: \_\_\_\_\_

Entiendo que en caso de divulgarse esta información a un tercero, posiblemente el reglamento estatal y federal ya no la protejan y pueda ser divulgada nuevamente por la persona u organización que reciban la información.

Libero a Control de Dolor IMS, a sus empleados y agentes, al personal médico y a sus socios comerciales de cualquier responsabilidad legal o civil a raíz de la divulgación de la susodicha información en la medida indicado y autorizada en esto.

Firma de paciente

Al pedir registros médicos como el agente designado, con mi firma a continuación, hago constar la incapacidad continua del susodicho paciente de tomar o comunicar decisiones referentes a la atención de salud.

Fecha

Firma del representante legal; relación con el paciente o descripción de autoridad para actuar por el paciente

Fecha

**Información Sobre Testamentos Vitales y Directrices Anticipadas**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Para cumplir con las normas del seguro, sea tan amable de leer y responder a las preguntas a continuación.

Los testamentos vitales y otras directrices anticipadas son instrucciones legales escritas sobre lo que prefiere respecto a la atención médica en caso de no poder tomar decisiones por sí mismo. Las directrices anticipadas dan una guía en cuanto a las opciones de los médicos y a los cuidadores si Ud. tiene una enfermedad terminal y/o se lesiona gravemente. Al planear con anticipación, Ud. puede obtener la atención médica que desea.

Rehúso proveer y/o recibir cualquier información sobre testamentos vitales o directrices anticipadas: \_\_\_\_\_

¿Tiene un testamento vital?: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si contesta que "Sí", ¿desea proporcionar una copia para tenerla en su archivo de paciente?

Sí \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si contesta que "no", ¿desea que nuestro consultorio le proporcione información?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Tiene directrices anticipadas escritas?: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si contesta que "Sí", ¿desea proporcionar una copia para tenerla en su archivo de paciente?

Sí \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si contesta que "no", ¿desea que nuestro consultorio le proporcione información?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Firma de paciente/Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Le agradecemos el haber tomado el tiempo para llenar este formulario.