

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

¿Quién lo refirió a este consultorio? _____

Referencia: Nombre: _____ Dirección: _____

Médico primario: Nombre: _____ Dirección: _____

MOTIVO DE SU CONSULTA HOY: _____

HISTORIAL DE LESIÓN:

¿El problema es resultado de alguna lesión o herida específica? Sí No

La lesión ocurrió debido a: Lesión en el trabajo Accidente automovilístico

Fecha de lesión/accidente: _____

¿Estuvo o está involucrado un abogado en su lesión? Sí No

¿Cómo se lesionó usted? _____

¿Cuánto tiempo ha tenido esta condición? _____

Por favor indique el nivel de su dolor, del 0 al 10 (10 siendo un dolor de lo más fuerte):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Su dolor es: constante ocasional agudo sordo

adolorido punzante pulsátil ardor

eléctrico lacerante espasmódico

¿Qué síntomas está experimentando? entumecimiento inflamación atrancamiento/bloqueo

rigidez rendimiento tronidos crujidos rigidez

debilidad inestabilidad dolor de noche dolor al levantar algo cosquilleo

dolor al subir los brazos otro _____

¿Hay algo que haga que sus síntomas *mejoren*? _____

¿Hay algo que haga que sus síntomas *empeoren*? _____

Está usted: mejorando empeorando igual

¿Ha consultado a otro médico para este problema o lesión? Sí No
Si sí, ¿a quién? _____

¿Qué tratamientos ha intentado? nada terapia física ejercicio

acupuntura manipulación quiropráctica otro _____

inyecciones (especifique: Cortisona, Supartz, Synvisc, Hyalgan)

medicina para el dolor: _____

Pruebas diagnósticas

Radiografías

MRI

CT

EMG/NCV

Otro _____

Fecha (mes/año)

Lugar donde le realizaron estas pruebas

HISTORIA CLÍNICAFavor de indicar condiciones médicas *actuales* o *anteriores*:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> ritmo cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> infarto cardíaco | <input type="checkbox"/> artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> farmacodependencia |
| <input type="checkbox"/> coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> alta presión arterial | <input type="checkbox"/> tiroides | <input type="checkbox"/> alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> alto colesterol | <input type="checkbox"/> enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> depresión |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> accidentes cerebrovasculares o ataques | <input type="checkbox"/> hepatitis B o C |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> mala circulación | <input type="checkbox"/> émbolo pulmonar | <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

¿Alguna vez a recibido una transfusión de sangre? Sí No Si sí, ¿cuándo? _____

MEDICAMENTOS Favor de indicar todos los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya antibióticos, fluidificantes de la sangre, insulina, medicinas para el corazón, aspirina, y cualquier otra medicamento sin receta médica, inclusive vitaminas, y suplementos minerales y herbales.

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

CIRUGÍAS ANTERIORES

Favor de indicar toda intervención quirúrgica previa. Indique la fecha y el lugar.

- apendicetomía _____ artroscopia de extremidad inferior _____
- artroscopia de extremidad superior _____ reparación de hernia _____
- cirugía de la espina dorsal/espalda _____ cirugía del corazón _____
- reparación de fractura _____ reemplazo total de coyuntura _____
- o amígdalas/adenooides _____ o extracción de trompas de Falopio y de ovarios (BSO) _____
- o otra(s) _____
- hospitalizaciones (cuándo): _____

ALERGIAS¿Tiene alergia a las siguientes sustancias? Penicilina: Sí No Sulfa: Sí NoLátex: Sí No No sabe si tiene alergias medicamentos

Por favor indique toda otra alergia que padezca: _____

HISTORIA SOCIALMano dominante: Izquierda Derecha Estado civil: S C V D

¿Qué tipo de trabajo realiza (su puesto): _____

¿Consume tabaco? Sí No Tipo: _____ Duración: _____ Fecha en que lo dejó: _____¿Bebe alcohol? Sí No Frecuencia: _____¿Consume drogas? Sí No Frecuencia: _____**HISTORIA GASTROINTESTINAL**¿Ha padecido de enfermedad de úlcera péptica? Sí No Si sí, ¿cuándo? _____¿Ha sufrido de sangrado estomacal o gastrointestinal? Sí No Si sí, ¿cuándo? _____

¿Toma medicamentos para su estómago? (Por favor incluya medicamentos no recetados, como Pepcid, Tums, Zantac, etc.) Incluya la dosis y la frecuencia: _____

¿Alguna vez ha tomado medicina antiinflamatoria por más de 30 días? (Por favor incluya medicamentos no recetados, como Advil, Aleve, y medicinas previamente recetada, como Celebrex y Vioxx. Indique todas las que haya probado.) _____

HISTORIA FAMILIAR

Por favor indique las siguientes condiciones que existan en su familia:

- Coágulos sanguíneos Diabetes Hipertensión Artritis reumatoide
 Cáncer Enfermedad del corazón Osteoporosis Accidente cerebro-vascular
 Ataques Otro: _____

EVALUACIÓN DE SISTEMAS

Indique sus *síntomas* o *problemas de salud actuales*. Por favor describa. Si no tiene ningún problema, indique la casilla *Normal*.

- ESQUELETO** artralgias inflamación de las articulaciones dolor de las extremidades
 dolor de las articulaciones rigidez de las articulaciones inflamación de las extremidades
- CONSTITUCIÓN** normal fiebre malestar subida de peso reciente (___lbs)
 escalofríos cansancio (fatiga) baja de peso reciente (___lbs)
- OJOS** normal dolor de los ojos problemas de la vista sequedad
 ojos rojos secreción de los ojos comezón
- OÍDOS, NARIZ** normal dolor del oído nariz sangrienta dolor de garganta
 pérdida del sentido auditivo secreción nasal Horsesness
- CORAZÓN** normal dolor de pecho ritmo cardíaco acelerado claudicación de pierna
 palpitaciones ritmo cardíaco lento inflamación de extremidad inferior
- RESPIRATORIO** normal falta de aire toz dificultad de respirar acostado
 sibilancia, resuello dificultad de respirar al hacer ejercicio PND
- GASTROINTESTINAL** normal dolor abdominal estreñimiento acidez
 vómitos diarrea sangre en las heces
- GINECOURINARIO** normal dolor al orinar dolor en la pelvis flujo vaginal/secreción del pene
 incontinencia menstruación irregular sangrado vaginal anormal
- PIEL** normal comezón salpullido dolor del seno
 herida de la piel cambio en un lunar quiste en el seno
- NEUROLÓGICO** normal confusión mareos debilidad de extremidad
 convulsione desmayos dificultad al caminar
- PSIQUIÁTRICO** normal suicida ansiedad cambio de personalidad
 problemas al dormir depresión problemas emocionales
- ENDOCRINO** normal proptosis debilidad muscular sentirse débil
 bochornos voz más baja
- HEMATOLOGÍA** normal sangra fácilmente inflamación de los ganglios amoratar fácilmente
 Otros: _____

MUJERES SOLAMENTE: ¿Está, o podría estar, embarazada? ___ No

___ **SÍ** - **Sírvase informar a su Asistente Médico y Técnico de Radiología.**

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de molde): _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Fecha de hoy: _____

Datos Personales

Nombre del paciente: _____ Inicial 2° nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Domicilio: _____
Calle _____ *Depto. #* _____ *Ciudad/Estado/Zona Postal* _____

Teléfono de hogar: _____ Teléfono laboral: _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Género: M F Idioma: Inglés Español Otro: _____ Estado civil: S C V D O

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano o Latino Declinar Desconocido

Raza: Blanco Asiático Indígena Americano / Nativo de Alaska Negro/Afroamericano
Declinar Desconocido Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico

Oficio: _____ Jubilado: SI NO De: _____

Nombre de la Empresa: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Datos del Responsable Financiero

Nombre del responsable financiero: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Datos del Seguro Medico

Seguro Primario: _____ Dirección: _____

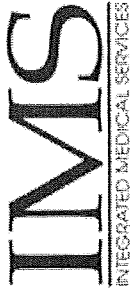
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

Seguro Secundario: _____ Dirección: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____



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 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 Práctica 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 utilizará o se distribuirá, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos que se le 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 ayude 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 Órganos 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 médica privada] PHI a personas preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación, mientras revisan la [información médica privada] PHI no se nos quite la información. También podemos utilizar o divulgar su [información médica privada] PHI para comunicarnos con usted (o, en determinadas circunstancias, para permitir que una entidad de investigación con quien contratemos pueda contactar(o) 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 Divulgación: 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 consideren 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 pedimos que la envíemos 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 revelemos 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 período 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 publicará 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. 3rd 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 Orthopedics

DIVISIÓN DE IMS

Atención ortopédica pericial en su vecindario

P: (623) 882-1292 / Registros médicos Facsimil: (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:

INFORMACIÓN DE PACIENTE	Nombre de paciente	/ /
	Dirección	Fecha de nacimiento ()
	Ciudad	Número telefónico
	Estado	Código postal
	Fechas de servicio: de _____ a _____	
INFORMACIÓN PEDIDA	<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:	
PROPOSITO	<input type="checkbox"/> Para mí <input type="checkbox"/> Otro (indicar la razón) <input type="checkbox"/> Atención médica continua <input type="checkbox"/> Petición de abogado	
LA INFORMACIÓN SERÁ DADA A:	Compañía, persona, institución () () ()	Número telefónico () ()
	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 Orthopedía 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 Orthopedía 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 Orthopedía 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

A) 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.