

Fecha: _____
 Primer Language: _____
 Necesita Interprete? Si No

Ficha de Familia

Hijos (pacientes de Pediatric Medical Group)

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Etnicidad	Genero
1) _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Otro
2) _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Otro
3) _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Otro

Direccion: _____
 Calle Ciudad Codigo postal

Numero Primario: _____ Correo Electronico: _____

Contacto de Emergencia: Mama Papa Otro: _____

Orto Contacto de Emergencia:

Nombre	Apellido	Relacion al paciente	Numero de Telefono
_____	_____	_____	_____

Nombre legal del Papa/Tutor Legal: Soltero Divorciado Casado

Nombre	Fecha de Nacimiento
Numero de Seguro Social	Numero de Licencia de Conducir
Nombre de Empleador	Numero de Telefono de Papa/Tutor legal
Correo Electronico	

Nombre legal de la Mama/Tutor legal: Soltero Divorciado Casado

Nombre	Fecha de Nacimiento
Numero de Seguro Social	Numero de Licencia de Conducir
Nombre de Empleador	Numero de Telefono de Mama/Tutor legal
Correo Electronico	

Requerimientos para Padres Divorciados: Favor de proveer todo documento legal relacionado con cualquier tipo de arreglo de la custodia del paciente. Es su responsabilidad de actualizar Pediatric Medical Group of Riverside, INC con cualquier cambio de custodia y sera requerido que se muestre documentos legales de la corte.

Insurance

				<input type="checkbox"/> Sin Seguro
#1 Nombre del Plan Medico Primario: _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> EPO/POS <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Otro _____
Numero de ID	Numero de Grupo	Nombre de Suscriptor	Relacion	
#2 Nombre del Plan Medico Secundario: _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> EPO/POS <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Otro _____
Numero de ID	Numero de Grupo	Nombre de Suscriptor	Relacion	

Autorización de Tratamiento

Para: Pediatric Medical Group of Riverside, INC.

En ausencia de cualquier persona mencionada usted esta autorizado e instruido en tomar cualquier decision para cada servicio medico relacionado con la visita para el/la paciente mencionado(a). Y estara dando consentimiento y autorizacion sin tener que contactar a ningunas de las personas mencionadas anteriormente. Esta autorizacion se extiende a cualquier hospitalización y/o cualquier cirugía necesaria fuera de la clinica, en el dia en el que el paciente sea visto.

Nombre de Padre/Madre o Tutor _____ Fecha _____
 Firma: _____

Divulgación de Información y

Autorización de Pago

Por este medio autorizo a cualquier divulgación de información requerida por mi seguro medico y cualquier pago debe ser directo a Pediatric Medical Group of Riverside, INC.

Nombre de Padre/Madre o Tutor _____ Fecha _____
 Firma: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO

HISTORIAL DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO:

¿En cuál mes de embarazo visitó al doctor por primera vez? _____ Mes		¿Dónde nació el bebé? _____	
¿Cuánto duró su embarazo? _____ Meses		Si nació en casa, ¿hicieron pruebas de sangre para neonatos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo enfermedades ó problemas? (inclusive las transmitidas sexualmente u otras contagiosas)	SI	NO	¿Usó algún medicamento sin receta? (tabaco, alcohol, "drogas", remedios caseros ó sin necesidad de receta)
¿Tomó algún medicamento recetado por su médico?	SI	NO	¿Salieron usted y su bebé juntos del hospital?
¿Tuvo un parto difícil/anormal/intervención Cesárea?	SI	NO	¿Nació más de un bebé?
¿Tuvo su bebé algún problema durante su 1era semana de vida?	SI	NO	¿Recibió su bebé alguna inyección para Hepatitis B?

HISTORIAL DEL NIÑO: Varón Hembra ¿Se adoptó este(a) niño(a)? SI NO Peso al Nacer: _____ libras _____ onzas Estatura: _____ pulgadas

¿Ha tenido este(a) niño(a) alguna vez? (Favor de colocar un círculo en SI ó No):

Sarampión, Varicela, Paperas, Rubéola	SI	NO	Vómito después de comer, se niega a comer	SI	NO
Tuberculosis ó análisis de TB positivo	SI	NO	Problemas de músculo, articulaciones ó huesos	SI	NO
Amigdalitis/Dolor de Garganta	SI	NO	Problemas de la piel	SI	NO
Problemas con los ojos ó la visión	SI	NO	Dolores de cabeza ó mareos	SI	NO
Problemas con los oídos ó la audición	SI	NO	Convulsiones, ataques de apoplejía, epilepsia	SI	NO
Dificultad respirando/roncando de noche	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Problemas del corazón	SI	NO	Problemas de tiroides	SI	NO
Asma, bronquitis, ó pulmonía	SI	NO	Alergias	SI	NO
Anemia, problema de sangrado, transfusiones de sangre	SI	NO	Problemas con desarrollo en la escuela	SI	NO
Dolores estomacales	SI	NO	Enfermedad ó accidente serio	SI	NO
Diarrea, Ensuciarse con su propio excremento	SI	NO	Cirugía ú hospitalización	SI	NO
Problemas de Vejiga, Riñones, Orinarse en sí ó la cama	SI	NO	(NIÑAS) ¿Ha comenzado a menstruar?	SI	NO
Estreñimiento	SI	NO	(NIÑAS) ¿Hay problemas con sus menstruaciones?	SI	NO

HISTORIAL DE FAMILIA: ¿Tienen la madre (M), padre (F), hermano (B), hermana (S), tía (A), tío (U), ó abuelo(a) (GP) :Favor de colocar un círculo en Si ó No)

		¿Cuál Miembro de Familia?				¿Cuál Miembro de Familia?	
SI	NO	Diabetes		SI	NO	Presión arterial alta	
SI	NO	Epilepsia ó convulsiones		SI	NO	Problemas Sanguíneos	
SI	NO	Retardo Mental		SI	NO	Tuberculosis	
SI	NO	Enfermedad del corazón		SI	NO	Alergia	
SI	NO	Cáncer		SI	NO	Prob. de pulmón ó respiración	
SI	NO	Enferm. del riñón ó urinario		SI	NO	Desórdenes de los ojos	
SI	NO	Problemas de huesos ó articulaciones		SI	NO	Desórdenes del oído	

DATOS DE LOS PADRES:

Madre: _____ Padre: _____
 Edad: _____
 Estatura: _____
 Ocupación: _____

DATOS DEL HOGAR: Cantidad de personas en el hogar _____

¿Ambos padres viven en casa? SI No
 ¿Alguien en la casa fuma, usa drogas o alcohol? SI No
 Idioma que se habla en el hogar: _____
 ¿Vive en una: Casa Apartamento Casa Móvil Refugio Sin Techo

Identificación del Paciente:

Firma: _____ Fecha: _____
 Parentesco con el Niño: _____

Firma del Analista: _____ Fecha: _____

Nombre de el/la paciente(s):

Póliza de la Oficina

- 1) No vemos pacientes sin cita. Por favor llame para una cita. Si el/la paciente esta mas de 15 minutos tarde se le cambiara la cita para otro dia.
- 2) Co-pagos tienen que ser hechos el mismo dia de la visita . No aceptamos cheques .
- 3) Los pacientes tienen que actualizar su información en cada visita . (Dirección, numero de telefono, plan medico, etc.)
- 4) La oficina le cobrara la visita a su plan medico primero; es su responsabilidad de cualquier deducible, co-pagos, cualquier costo o balance adicional.
- 5) Dado a las regulaciones de OSHA, no se permitira ningun tipo de comida o bebida en los cuartos u oficina. (solo agua sera aceptable)
- 6) No se permitira el uso de telefono celular en la oficina. Si necesita tomar una llamada, favor de contestarla fuera de la oficina.
- 7) Se requiere por lo menos de un padre o tutor que provea su numero de seguro social y una identificación de el estado de CA o licencia valida . Poliza de la oficina sin ninguna excepcion.

Póliza de Vandalismo

- 1) Debe de tener un comportamiento adecuado en la oficina y en los alrededores de Pediatric Medical Group.
- 2) Padres y/o tutores seran responsables de supervisar a cada hijo(a) incluyendo su comportamiento y acciones en todo momento. Nuestros empleados no son responsables por el comportamiento de ellos.
- 3) En cualquier evento intencional o involuntario de vandalismo y/o cualquier daño a la propiedad de Pediatric Medical Group el paciente y/o la familia se le pedira que se retire de la oficina.

Póliza de Vacunas

Accepto a las siguientes reglas y recomendaciones de acuerdo a **American Academy of Pediatrics (AAP) and Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**. Esto incluye requerimientos de vacunas, tratamientos, y recomendaciones medicas. Al no poder completar alguna de estas , estara despedido de la oficina de Pediatric Medical Group of Riverside, INC. (Excluyendo vacuna de COVID)

Por favor firma de acuerdo con las polisas anteriores

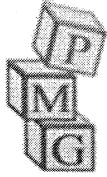
Al no poder completar alguna de estas , estara despedido de la oficina de Pediatric Medical Group of Riverside, INC.

Nombre legal del Papa/Mama/Tutpr legal

Fecha

Firma

Pediatric Medical Group of Riverside, INC. 6950 Brockton Avenue, #5 Riverside, CA 92506



Plan de sociedad con el paciente

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Bienvenido a nuestra práctica. Tenemos la intención de brindarle todo el cuidado y servicio que usted espera y se merece. Lograr la mejor salud posible requiere de una "sociedad" entre usted y su médico. Como nuestro "socio en la salud", le pedimos que nos ayude del siguiente modo:

Programando visitas con mi doctor para realizar exámenes físicos de rutina y otras pruebas de salud recomendadas

Comprendo que mi doctor me indicará cuáles pruebas de salud de rutina son adecuadas para mi edad, género y antecedentes personales y familiares. Comprendo que tendré que completar estas pruebas de salud recomendadas (mamografía, inmunizaciones, papanicolau, etc.). Estas pruebas de salud son exámenes que pueden ayudar a detectar enfermedades o condiciones que ponen en riesgo la vida. Si yo visito a mi médico para el tratamiento de problemas inmediatos y me olvido de programar una cita para realizar pruebas regulares de salud, corro el riesgo de que no se detecten problemas graves de salud. Yo programaré visitas regulares con mi médico para completar mi examen físico y conversar sobre estas pruebas de salud.

Realizando las visitas de seguimiento y reprogramando aquellas a las que no concuro

Entiendo que mi médico querrá saber cómo evoluciona mi condición después de que me retiro de la consulta. Volver a ver a mi doctor a tiempo le dará a él/ella la posibilidad de controlar mi condición y la respuesta al tratamiento. Durante una visita de seguimiento, mi médico podrá ordenar pruebas, referirme a un especialista, prescribir medicación, o hasta descubrir y tratar una condición seria de salud. Si no concuro a una consulta y no la programo nuevamente, corro el riesgo de que mi médico no pueda detectar y tratar una condición de salud seria. Haré todo lo posible por reprogramar la cita a la haya faltado lo antes posible.

Llamando a la oficina si no se me informa sobre los resultados de laboratorio y otras pruebas

Entiendo que mi médico me informará sobre los resultados de las pruebas de laboratorio y de otros exámenes tan pronto como pueda. Sin embargo, si me llaman de la oficina de mi médico en un tiempo específico, yo me pondré en contacto con la oficina para conocer los resultados de las pruebas.

Informaré a mi médico si decido no continuar el plan de tratamiento que él/ella recomiendan

Entiendo que después de examinarme, mi médico puede dar algunas recomendaciones basado en lo que él/ella considera que es mejor para mi salud. Esto puede incluir prescribir medicación, referirme a un especialista, ordenar análisis de laboratorio y otras pruebas, o hasta pedirme que regrese en un período de tiempo determinado. Entiendo que no seguir mi plan de tratamiento puede causar graves efectos negativos sobre mi salud. Le comunicaré a mi doctor si decido no seguir sus recomendaciones de modo que él/ella puedan informarme en detalle sobre los riesgos que implica mi decisión de retrasar o rechazar el tratamiento.

Gracias por ser socio. Como nuestro paciente, usted tiene el derecho a informarse sobre su cuidado de la salud. Lo invitamos, en cualquier momento, a que nos haga preguntas, informe sobre síntomas, o converse sobre cualquier inquietud que tenga. Si necesita más información sobre su salud o condición, por favor pregunte.

Firma del paciente

Fecha

Firma del médico



**Pediatric
Medical Group**
OF RIVERSIDE, INC.

Poliza Financiera

Nuestra meta en Pediatric Medical Group Inc. es proveer y mantener una buena relacion entre el paciente y nuestros doctores. Dejandoles saber en avanzado nuestra poliza financiera nos deja tener una buena comunicacion y asegurarnos poder cumplir nuestras metas. Por favor tome su tiempo en leer lo proximo y no tenga la menor duda en hacer cualquier pregunta a cualquiera de nuestros empleados.

Póliza de Pago sin Seguro

Ofrecemos descuentos de tiempo de servicio a aquellos de nuestros pacientes que pueden no tener seguro. Entendemos que a veces es difícil pagar su factura en su totalidad cuando el monto total está fuera de su bolsillo.

Por lo tanto, ofrecemos un descuento en nuestras tarifas de visita regular cuando realiza un pago al mismo momento en el cual se le va a estar atendiendo al paciente.

Eliminando los gastos de facturación, envío y seguimiento estamos felices de pasar esos ahorros a usted.

Tarjetas de Creditos: Para su comodidad, aceptamos Visa y MasterCard. Los pagos con tarjeta de crédito también se pueden realizar por teléfono directamente con nuestra oficina de cobros.

Nota: Los descuentos son solo para nuestros servicios. Los descuentos no pueden ser aplicados en productos como laboratorios o vacunas (algunos niños cualifican para VFC).

Para pacientes en redes en las que participamos:

Acceptamos los siguientes planes médicos: RPN (Riverside Physician's Network) HMO's: PPO's, Aetna, Blue Cross, Blue Shield, Cigna, Health Net, Pacificare, TriCare and United. También aceptamos IEHP. Si usted tiene Medi-Cal por favor contacta a nuestra oficina de aseguranza 951-686-3636.

Co-pago: Es nuestra póliza y obligación contractual con su aseguranza para cobrar copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio.

1. A su llegada, por favor regístrese en la recepción y presente su plan medico actual en cada visita. Se le pedirá que firme y feche la copia del archivo de la tarjeta en cualquier momento que haya un cambio de plan médico. Esta es su verificación del seguro correcto y el consentimiento para facturar al asegurador en nombre de su hijo. Si la compañía de seguros que usted designa es Incorrecta, se denegará la reclamacion en el momento por el seguro medico.

2. Si somos su médico de atención primaria, asegúrese de que nuestro nombre o número de teléfono aparezca en su tarjeta. Si su compañía de seguros no ha sido informada de que somos su médico de atención primaria, usted pudiera ser financieramente responsable de la visita por que ellos denegaran el pago a nosotros por no ser el médico primario.

3. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de pagar cualquiera y todos los copagos, deducibles y coseguros, ya que tenemos un contrato con su asegurador en colectar esos pagos. Si no lo hacemos, podemos ser responsables de fraude.

4. Nos someteremos a planes de seguros secundarios, pero por favor informarnos claramente si hay más de un seguro y cuál es el principa.

5. Por favor, haga una prioridad de entender su plan de beneficios, independientemente de lo complejo que pueda ser. Es su responsabilidad saber si una referencia escrita o se requiere autorización para ver a algun especialista, si se requiere autorización previa antes de un procedimiento, que servicio esta cubierto, por que nosotros no somos responsables de verificar cada procedimiento para cada paciente individualmente. Si no está seguro de lo que esta cubierto por su seguro, estamos mas que disponibles a dejarlos llamar a su seguro para que obtenga la informacion adecuada que nos pueda proveer.

6. Si nos debe un saldo (excepto si hay un plan de pago establecido) requerimos que para cada cita programada todos los saldos anteriores deben ser pagados antes de esa visita.

7. Los copagos y co-seguros siempre se deben al momento de el servicio. Se cobrará una tarifa de procesamiento de \$ 10 (o tarifa de servicio) además de su copago si el copago no se paga al momento del

eso facturarle por ello.

8. Una vez que recibamos la explicación de beneficios de su plan de seguro, cualquier balance adeudado por usted será facturado a un recibo con explicación. Su pago debe realizarse dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su factura.

9. Si no se han hecho arreglos previos para un plan de pago se le cobrará \$10 cualquier saldo pendiente de la cuenta atrasada a más de 28 días.

Desafortunadamente, si no tenemos noticias suyas dentro de 60 días, los saldos vencidos deberán ser enviados a una agencia externa para su cobro

10. Se requiere aviso de 24 horas para cancelar cualquier cita. Si las citas son canceladas o rotas más de tres veces le facturaremos un cargo de \$ 25 dolares.

11. Al registrarse para una cita, por favor entienda que este intervalo de tiempo ya no está disponible para otro paciente. Por lo tanto si usted no viene su cita (o viene a una hora distinta a la hora en cual se le asigno), es no solo sera de Inconveniencia para nosotros si no que tambien sera para los otros pacientes. Tambien si no viene a mas de 3 citas se le pedira que cambie de primario.

12. Los bancos nos cobran por cheques devueltos y nos cuesta para volver a procesar su factura y seguir con usted así que en el caso de que los cheques sean devueltos por fondos insuficientes tendremos que cobrarle una tarifa de \$ 25 que incluye su tarifa bancaria.

13. Se necesita notificación previa para todas todos los referidos que no sean de emergencia así que por favor dénos de 3 a 5 días hábiles para crear poder someter alguno. Si bien haremos todo lo posible para derivarlo a un médico que participa en su plan. Si solicita una referencia a un proveedor específico, es su responsabilidad saber si ese especialista seleccionado participa en su plan. Tenga en cuenta que es posible que su plan no cubra las referencias a proveedores fuera de la red y, por lo tanto, esos cargos pueden facturarse directamente a usted.

14. Antes de hacer una cita física anual, consulte con su compañía de plan medico para verificar si la visita se cubrirá como una visita de "bienestar". No todos los planes cubren exámenes físicos anuales o exámenes de audición y visión. Cualquier servicio no cubierto, sera facturado a usted mismo el día de la visita.

15. **FORMAS:** Habra un costo de \$25 para forma especial que tenga que ser completada por los doctores incluyendo FMLA. El costo sera cobrado el mismo día que usted entregue la forma y se tardaran unas 24 horas en completarlas. Tambien habra un costo de \$10 para las tarjetas de vacunas nuevas.

16. No todos los servicios que proveemos estan cubiertos por todos los planes medicos. Cualquier servicio que no sea cubierto sera cobrado a su cuenta, por favor asegurese hacerle cualquier pregunta que usted tenga con ellos.

17. **Otros Servicios:** Tenga en cuenta que puede recibir facturas por separado para cualquier prueba de laboratorio, cultivos, radiografias etc, que sean realizados por fuentes externas para su análisis. Cualquier consulta relacionada con estos cargos se debe hacer directamente a la oficina de negocios de las instalaciones. Es responsabilidad del asegurado estar al tanto de cualquier otro servicio que este cubierto por esos otros lugares. PMG no es responsable de cubrir cualquier costo de algun examen hecho en alguna otra oficina.

I have read and understand Pediatric Medical Group of Riverside, Inc.'s office financial policy and agree to comply and accept the responsibility for any payment that becomes due as outlined herein. I also understand that policies may change without notice.

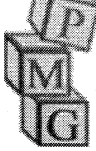
Patient Name(s)

Responsible party member's name

Relationship

Responsible party member's signature

Date



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Pediatric Medical Group of Riverside, INC. 6950
Brockton Avenue Suite 5, Riverside, CA 92506**

PRIVACY OFFICER: Roberta Clark Tel: (951) 686-8223

Fecha de entrada en vigencia: 05/01/2018

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Comprendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica. Llevamos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir tales registros de otras personas. Utilizamos estos registros para proveer atención médica de calidad o permitir que otros proveedores de atención médica puedan hacerlo, para obtener el pago por los servicios provistos según lo permita su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para que este consultorio médico funcione de manera adecuada. La ley nos exige mantener la privacidad de información de salud protegida, informar a las personas de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida y a notificar a las personas afectadas por una falencia en la protección de la información de salud protegida. 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 tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad mencionado anteriormente.

A. Cómo este consultorio médico puede utilizar o divulgar su información de salud

El registro médico es propiedad de este consultorio médico pero la información en el registro le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información de salud con los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Utilizamos su información médica para brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas involucradas en brindarle el cuidado que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos o proveedores de atención médica que prestan servicios que nosotros no. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para entregarle un medicamento con receta, o a un laboratorio que realiza una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo o herido, o luego de su fallecimiento.

2. Pago. Utilizamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le proporcionamos a su plan de salud la información necesaria para realizar el pago. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le brindaron.

3. Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información médica para que este consultorio médico funcione. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y la calificación de nuestro personal profesional. O podemos utilizar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos utilizar y divulgar esta información cuando sea necesario para revisiones médicas, auditorías y servicios legales, incluido el fraude y la detección de abuso, y los programas de conformidad, la administración y la planificación empresarial. Además, podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realiza servicios administrativos. Poseemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales con términos que les exigen a ellos y a sus subcontratistas proteger la confidencialidad y la seguridad de su información médica. Si bien la ley federal no protege la información de salud que se divulga a alguien que no sea otro proveedor de atención médica, plan de salud, centro de intercambio de información sobre atención médica o alguno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe que todo receptor de información de atención médica continúe divulgándola, a menos que la ley lo solicite o permita específicamente.

a. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre atención médica o planes de salud que tengan una relación con usted cuando soliciten esta información para ayudarlos con la evaluación de calidad y sus actividades de mejora; las actividades de seguridad del paciente; los esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de la atención médica; el desarrollo de protocolos, la administración de casos o las actividades de coordinación de la atención; la revisión de competencias, calificaciones y desempeño de los profesionales de la atención médica; los programas de capacitación; las actividades de acreditación, certificación o matriculación; las actividades relacionadas con los contratos de seguro de salud o beneficio de salud, o la detección de fraude y abuso en la atención médica y los esfuerzos de conformidad.

4. Recordatorios de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle sus citas. Si usted no está en su hogar, podemos dejar esta información en el contestador automático o en un mensaje con la persona que atiende el teléfono.

5. Planilla de registro. Podemos utilizar y divulgar su información médica pidiéndole que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos decir su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

6. Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal o alguna otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, estado general o, a menos que usted no haya indicado lo contrario, en caso de su fallecimiento. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de asistencia humanitaria para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien involucrado con su cuidado o que ayude a pagarlo. Antes de realizar estas divulgaciones, le daremos la oportunidad para aceptarlas o rechazarlas si usted tiene la capacidad y disponibilidad para hacerlo; aunque podemos divulgar esta

información en caso de desastre, incluso si usted se opuso, si creemos que es necesario para responder ante las circunstancias de emergencia. Si no tiene la capacidad o disponibilidad para aceptar o rechazar la divulgación, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor criterio para comunicarse con su familia y otras personas.

7. Mercadotecnia. Teniendo en cuenta que no recibimos pago alguno por realizar estas comunicaciones, podemos contactarlo para instarlo a que compre o use productos o servicios relacionados con su tratamiento, coordinación de la atención o gestión de casos, o para indicar o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o centros de atención que le puedan interesar. De la misma forma, podemos describir productos o servicios brindados por este consultorio e informarle sobre los planes de salud en los que participamos. Podemos recibir una compensación monetaria por hablar con usted personalmente, por otorgarle pequeños obsequios promocionales, o para cubrir nuestro costo de recordarle tomar y reponer sus medicamentos, o informarle sobre algún medicamento o fármaco biológico que actualmente se le haya recetado, pero solo en los siguientes casos: (1) si usted tiene una enfermedad crónica y muy debilitante o que ponga en peligro su vida y la comunicación se realiza para informarle o aconsejarle sobre opciones de tratamiento o para que mantenga un tratamiento ya prescrito, o (2) si usted está inscrito actualmente en un plan de salud y la comunicación se limita a informarle sobre la disponibilidad de medicamentos más económicos. Si nos comunicamos en el caso de que tenga una enfermedad crónica y muy debilitante o que ponga en peligro su vida, le informaremos sobre lo siguiente, por lo menos, en letra tamaño 14: (1) el hecho y la fuente de la remuneración y (2) su derecho a negarse a recibir futuras comunicaciones remuneradas llamando al número gratuito del comunicador. En ningún otro caso utilizaremos o divulgaremos su información médica para la mercadotecnia ni aceptaremos pago alguno por otras comunicaciones comerciales sin su previa autorización por escrito. La autorización indicará si recibimos alguna compensación monetaria por cualquier actividad de mercadotecnia que usted autorice, y detendremos cualquier actividad de mercadotecnia futura cuando usted cancele dicha autorización.

8. Venta de información de salud. No venderemos su información de salud sin su previa autorización por escrito. La autorización indicará que recibiremos una compensación por su información médica si nos autoriza a venderla y detendremos toda venta futura de su información cuando usted cancele dicha autorización.

9. Exigido por ley. De acuerdo con la ley, utilizaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos este uso y esta divulgación a los requerimientos correspondientes de la ley. Cuando la ley nos exija informar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder procedimientos legales administrativos, o responder a las autoridades, cumpliremos también el requerimiento establecido a continuación con respecto a dichas actividades.

10. Salud pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a autoridades de la salud pública con propósitos relacionados a la prevención y el control de enfermedades, heridas o discapacidades; la denuncia del abuso o la negligencia en el cuidado de un niño, adulto mayor o adulto dependiente; la denuncia de casos de violencia doméstica; la denuncia a

la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la denuncia de exposiciones a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos un supuesto caso de abuso o de violencia doméstica a un adulto mayor o un adulto dependiente, le notificaremos a usted o a su representante personal de manera oportuna, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, consideremos que esta notificación lo pondrá en peligro de sufrir un daño severo o requerirle a un representante personal que creamos que es el responsable del abuso o daño.

11. Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones y otros procedimientos según las limitaciones establecidas por la ley federal y de California.

12. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud durante el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que lo autorice expresamente una corte u orden administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, un pedido de presentación de prueba u otro proceso legal si se hizo todo lo posible por notificarle a usted sobre la solicitud y usted no se opuso, o si sus objeciones se resolvieron en una corte o una orden administrativa.

13. Cumplimiento de la ley. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a un agente de la autoridad con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en cumplimiento con una orden judicial, una citación de un juzgado de acusación y para otros fines para el cumplimiento de la ley.

14. Médicos forenses. Podemos, y a menudo incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a médicos forenses si la información está relacionada con las investigaciones sobre fallecimientos.

15. Donación de órganos o tejido. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, conservación en bancos y trasplante de órganos y tejidos.

16. Seguridad pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a las personas adecuadas para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de alguna persona en particular o del público en general.

17. Comprobante de vacunación. Divulgaremos la información del comprobante de vacunación a la escuela en donde la ley exige que dicha escuela deba poseer la información antes de admitir a un estudiante, siempre que usted haya accedido a dar esta información en su nombre o el de su dependiente.

18. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información de salud por razones militares o de seguridad nacional, o a correccionales o a agentes de la autoridad en cuya

custodia se encuentre.

19. Indemnización laboral. Podemos divulgar su información de salud en caso de ser necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, mientras su atención se encuentre cubierta por la indemnización laboral, realizaremos informes periódicos a su empleador sobre su estado. La ley también nos exige informar casos de accidentes o enfermedades de trabajo al empleador o a la aseguradora que proporciona indemnización laboral.

20. Cambio de posesión. En el caso de que este consultorio médico se venda o se una con otra organización, su información o registro de salud se convertirá en propiedad del nuevo dueño, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar la transferencia de copias de su información a otro médico o grupos médicos.

21. Notificación de falencia en la protección de la información. En el caso de que haya alguna falencia en la protección de la información de salud protegida, le notificaremos tal como lo exige la ley. Si usted nos ha brindado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar este medio para proporcionarle información con respecto a la falencia. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede realizar la notificación. También podemos notificarle a través de otros medios, según sea adecuado.

22. Notas de psicoterapia. Nosotros no utilizaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin su previa autorización por escrito excepto para lo siguiente: (1) su tratamiento, (2) la capacitación de nuestro personal, nuestros estudiantes y otros practicantes, (3) nuestra defensa en caso de que nos demande o presente algún otro procedimiento legal, (4) si la ley nos exige divulgar información a usted o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) o por alguna otra razón, (5) en respuesta a actividades de supervisión de la salud que involucren a su psicoterapeuta, (6) para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, o (7) al médico forense cuando usted fallezca. Cuando usted cancele la autorización, dejaremos de utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia.

23. Investigación. Podemos divulgar su información de salud a investigadores que lleven a cabo una investigación para la cual no es necesaria su autorización por escrito según la aprobación de un Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad, en cumplimiento con la ley vigente.

24. Recaudación de fondos. Podemos utilizar o divulgar su información demográfica, las fechas en las que fue atendido, la especialidad, el médico que lo atendió, la información que se obtuvo y el estado del seguro de salud a fines de ponernos en contacto con usted en relación con nuestras actividades de recaudación de fondos. Si no desea recibir esta documentación, comuníquese con el funcionario de privacidad que se indica en la parte superior de este Aviso de prácticas de privacidad y dejaremos de enviarle comunicaciones de recaudación de fondos. De la misma manera, deber'a notificar al funcionario de privacidad si decide que desea recibir nuevamente estas solicitudes de donaciones.

B. Cuándo este consultorio médico no puede utilizar o divulgar su información de salud

A excepción de lo descrito en este Aviso de prácticas de privacidad, y en cumplimiento de nuestras obligaciones legales, este consultorio médico no utilizará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted s' autoriza a este consultorio médico a utilizar o divulgar información para otros fines, puede cancelar la autorización por escrito en cualquier momento.

C. Sus derechos de información de salud

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos casos de uso y divulgación de su información de salud por medio de una petición escrita que especifique qué información desea limitar y qué límites desea imponer en nuestro uso o divulgación de esa información. Si usted nos indica que no le divulguemos a su plan de salud comercial información que tenga que ver con servicios o productos de atención médica por los cuales haya pagado completamente por cuenta propia, nosotros acataremos su solicitud a menos que debamos divulgar la información para su tratamiento o por razones legales. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos su información de salud de alguna forma específica o a alguna ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a una dirección de correo electrónico en particular o a su dirección laboral. Cumpliremos con todos los pedidos razonables presentados por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a revisar y copiar. Usted tiene derecho a revisar y copiar su información de salud con contadas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud escrita que detalle a qué información desea acceder, si desea revisarla o realizar una copia, y, en caso de querer una copia, la forma y el formato deseados. Nosotros proporcionaremos copias en la forma y el formato que usted solicitó, si es realizable rápidamente, o proporcionaremos un formato alternativo que usted acepte; o si no logramos estar de acuerdo y mantenemos el registro en formato electrónico, le ofreceremos elegir entre un archivo electrónico de lectura o en formato impreso. También le enviaremos una copia a cualquier persona que usted designe por escrito. Facturaremos un honorario razonable que cubra nuestros gastos de mano de obra, suministros, franqueo y, si se solicitó y acordó por adelantado, el costo de redactar una explicación o un resumen según lo permita la ley federal y de California. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias determinadas. Usted tendrá el derecho de apelar nuestra decisión en caso de que rechacemos su solicitud para acceder a los registros de su hijo o de un adulto incapacitado que usted representa debido a que consideramos que permitirle el acceso podr'a llegar a causar un daño substancial al paciente. En caso de que rechacemos su acceso a las notas de psicoterapia, usted tendrá derecho a que las transfieran a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a corrección o complemento. Usted tiene derecho a solicitar que corrijamos su información médica que crea que sea incorrecta o esté incompleta. Debe realizar una solicitud de corrección por escrito, e incluir las razones por las cuales cree que la información es inexacta o está incompleta. No estamos obligados a modificar la información de salud, y le proporcionaremos información sobre el rechazo del consultorio médico y cómo puede disentir con el rechazo. Podemos

rechazar su solicitud si no contamos con la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la corrección), si usted no está autorizado para revisar o copiar la información en cuestión o si la información es correcta y está completa actualmente. Si rechazamos su solicitud, usted puede enviar una declaración escrita que exprese su disconformidad con la decisión y, a su vez, nosotros podemos impugnarla. También tiene derecho a solicitar que agreguemos a su registro una declaración de hasta 250 palabras con respecto a cualquier información dentro del registro que usted considere que está incompleta o es incorrecta. Toda la información relacionada a alguna solicitud de corrección o complemento se mantendrá y divulgará junto con cualquier divulgación subsiguiente de la información en disputa.

5. Derecho a un resumen de divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un resumen de las divulgaciones de su información de salud que este consultorio médico haya realizado, excepto que este consultorio médico no deba dar cuenta de las divulgaciones que se le proporcionaron o conforme a su autorización escrita, o según los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación a la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de prácticas de privacidad, o divulgaciones con fines investigativos o de salud pública que excluyan identificaciones directas de pacientes o que sean inherentes a un uso o una divulgación permitidos o autorizados por ley, o las divulgaciones que se realicen a una agencia de supervisión de la salud o a agentes de la autoridad en la medida que este consultorio médico haya recibido notificación de dicha agencia o agente de que el brindar este resumen razonablemente podr'a interferir en sus actividades.

6. Usted tiene derecho a estar informado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y a una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si previamente solicitó su recepción por correo electrónico. Si quisiera tener una explicación más detallada de estos derechos o si quisiera ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

D. Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que realicemos dicha modificación, la ley nos exige cumplir con este Aviso. Luego de que se realiza una modificación, el Aviso de prácticas de privacidad revisado aplicará a toda la información médica protegida que mantengamos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso actual publicada en nuestra área de recepción y habrá una copia disponible en cada cita.

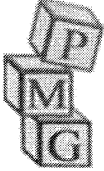
E. Quejas

Las quejas con respecto a este Aviso de prácticas de privacidad o la manera en que este consultorio medico manipula su información de salud deben dirigirse a nuestro funcionario de privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina aborda una queja, puede enviar una queja formal a:

Region IX
Office of Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)
(415) 437-8329 (fax)
OCRMail@hhs.gov

El formulario de quejas se puede encontrar en: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf. Usted no será penalizado de ninguna forma por presentar una queja.



HIPPA Acknowledgment

Privacy Officer: Office Manager Telephone# (951) 686-3636

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

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

Signed: _____ Date: _____

Print Name: _____ Telephone: _____

If not signed by the patient, please indicate relationship:

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

Name and Address of Patient: _____

SPANISH/ESPAÑOL

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

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

Firmado: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____ Teléfono: _____

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

- El padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incompetente

Nombre y dirección del paciente: _____
