



**GRAVAMEN DEL DOCTOR
Y DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS MÉDICOS**

**SOUTHERN CALIFORNIA
INJURY TREATMENT CENTER**
15857 POMONA RINCON ROAD
CHINO HILLS, CA 91709
TELÉFONO: 844-787-3286
FX: 909-591-0538

Nombre del abogado: _____

Dirección: _____

PARA ABOGADO EN EL CASO DE: _____

FECHA DE LA LESION: _____

Este es un contrato y un documento legal vinculante que vincula al abogado y al paciente para garantizar que se le pague al médico por sus servicios una vez que se resuelva el caso o se reciba un veredicto. POR FAVOR FIRME Y DEVUELVA POR FAX AL (909) 591-0538.

Por la presente autorizo a Southern California Injury Treatment Center a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo de mi examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., con respecto al accidente con fecha de _____.

Por la presente autorizo y le ordeno, como mi abogado para el caso de lesiones personales, que pague directamente al **Southern California Injury Treatment Center** las sumas que le correspondan y adeude por los servicios médicos que me hayan prestado tanto por causa de este accidente como por razón. de cualquier otra factura que adeude a su oficina y retener las sumas de cualquier acuerdo o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente dicho gravamen.

Este es un gravamen de terceros otorgado por el cliente abajo firmante en beneficio de los servicios para el caso mencionado anteriormente. Su cliente le indica que no revise este acuerdo y lo firme inmediatamente. Si no firma este documento dentro del tiempo especificado, estará en conflicto directo con las instrucciones del cliente.

INICIALES DEL PACIENTE

Entiendo que soy directamente responsable de dichos servicios médicos y de todas las facturas médicas incurridas por los servicios, independientemente del resultado del caso. Entiendo que si el médico no tiene éxito después de la debida diligencia al contactar al abogado o si el abogado se niega a cooperar, este gravamen será nulo y yo soy personalmente responsable de las facturas médicas pendientes.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

IMPRIMIR NOMBRE

El abajo firmante, que es el abogado de la parte lesionada mencionada anteriormente, por la presente acepta observar todos los términos de este acuerdo entre el médico y el cliente y acepta retener las sumas para cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sea necesario para proteger el gravamen de dicho médico. Si surge una disputa de este acuerdo y si el médico prevalece, el abogado o el paciente, según lo ordene el tribunal, será responsable de pagar los honorarios y costos reales del abogado.

UNA COPIA O UNA COPIA POR FAX DE ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO COMO EL ORIGINAL

FIRMA DEL ABOGADO

FECHA

**SOUTHERN CALIFORNIA INJURY TREATMENT CENTER
15857 POMONA RINCON ROAD • CHINO HILLS, CA 91709
PH: 844-787-3286 • FAX: 909-591-0538**



Gracias por elegir Southern California Injury Treatment Center. Tómese los próximos minutos para completar el siguiente papeleo. Responda cada pregunta con el mayor detalle posible. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este documento.

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Nro. de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Nro. de licencia de conducir: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Ocupación: _____ Teléfono comercial: _____

Sexo (marque uno con un círculo): Masculino Femenino

Estado civil (círculo): Soltero Casado Pareja de hecho Divorciado Separado Viudo

Nombre de Esposo/a: _____ # de hijos: _____ Edades: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto: _____

Como supiste de nosotros? (Marque con un círculo) Abogado Consultorio médico Otro: _____

Referido Por: _____ Ciudad: _____

POR FAVOR PROPORCIONE TODA LA INFORMACIÓN PERTINENTE CON RESPECTO A SU COCHE Y / O COBERTURA DE SEGURO. SI TIENE SEGURO SECUNDARIO, POR FAVOR DÉ INFORMACIÓN PARA AMBAS PARTES.

INFORMACIÓN DE SEGURO

INFORMACIÓN DE SEGURO DE OTRAS PARTES

NOMBRE DEL SEGURO DE AUTOMÓVIL:

NÚMERO DE POLÍTICA: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL AJUSTADOR: _____

PH: _____

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____

LÍMITE DE POLÍTICA: _____

NOMBRE DEL SEGURO DE AUTOMÓVIL: _____

NÚMERO DE POLÍTICA: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL AJUSTADOR: _____

PH: _____

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: _____

LÍMITE DE POLÍTICA: _____

**SOUTHERN CALIFORNIA INJURY TREATMENT CENTER
15857 POMONA RINCON ROAD • CHINO HILLS, CA 91709
PH: 844-787-3286 • FAX: 909-591-5587**



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a (nombre y dirección del proveedor de atención médica)

para divulgar / divulgar mi información médica personal (PHI) con fines de pago, operaciones de atención médica y tratamiento. La información y los registros, que pueden ser divulgados a cualquier historial médico, psiquiátrico, psicológico, psicoterapia, de abuso de alcohol y/o drogas yo información, que él /ella pueda tener con respecto.

(Nombre del paciente)

(Fecha de nacimiento)

Ejemplos de estos tipos de usos y divulgaciones incluyen:

PAGO: Usamos y divulgamos su PHI para procesar reclamos y buscar el reembolso de sus gastos de salud cubiertos por una aseguradora.

TRATAMIENTO: Podemos divulgar su PHI para ayudar en su atención médica (médicos, farmacia y otros) en su diagnóstico y tratamiento.

OTRAS DIVULGACIONES PERMITIDAS O REQUERIDAS DE SU PHI:

SEGÚN LO REQUIERE LA LEY: Podemos divulgar su PHI cuando así lo requiera la ley (es decir, Compensación para trabajadores).

ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA: Podemos divulgar PHI a agencias de salud pública por razones tales como prevenir o controlar enfermedades, lesiones médicas o discapacidades, y/o permitir retiradas, reparaciones o reemplazos de productos.

Inicial: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de impresión: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, _____ ced todos y cada uno de los beneficios bajo mi política al siguiente médico o centro:

Southern California Injury Treatment Center 15857 Pomona Rincon Rd. Chino Hills, CA 91709

Pido que todos y cada uno de los cheques debido a mí bajo mi política para ser hechos al médico o centro mencionado anteriormente. Si mi póliza tiene una cláusula de prohibición de asignación y no permite la asignación de beneficios bajo mi póliza, entonces instruyo a mi compañía de seguros para hacer el cheque pagadero a mí, pero por correo el cheque a la dirección mencionada anteriormente. Cualquier incumplimiento de esta cesión será una violación de la Sección 790.03 del Código de Seguro y del Reglamento de Seguros y se considerará una violación de mis derechos bajo la póliza.

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a **Southern California Injury Treatment Center** a: (1) divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos, (2) procesar reclamos de seguro generados en el curso de un examen o tratamiento, y (3) permitir que una fotocopia de mi firma se utilice para procesar reclamos de seguro durante el período de toda la vida. Esta orden permanecerá en vigor hasta que yo lo revoque por escrito.

He solicitado servicios médicos a **Southern California Injury Treatment Center** en nombre mío y/o de mis dependientes, y entiendo que al hacer esta solicitud, me hago totalmente responsable financieramente de todos y cada uno de los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Además, entiendo que las tasas son debidas y pagaderas en la fecha en que se prestan los servicios y acepto pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración apropiada. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida y original.

El pago bajo la política debe ser enviado por correo a mi proveedor de inmediato y no se aceptan retrasos innecesarios.

PODER DE LA ABOGADO:

El proveedor de atención médica anterior recibe el poder de abogado por parte de los abajo firmantes para firmar mi nombre en cualquier cheque de pago por los servicios **prestados** por el proveedor anterior.

Inicial: _____

También rescind y void de inmediato **cualquier y todas las demás asignaciones recibidas** por mi compañía de seguros, incluyendo de mi abogado en relación con los servicios de salud recibidos en la oficina mencionada anteriormente.

Fecha: _____

Nombre de impresión: _____

Firma: _____



ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje: Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados indebidamente, negligente o incompetentemente, se determinará mediante la presentación a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley de California prevé procedimientos de revisión judicial o arbitraje. Ambas partes en este contrato, al celebrarlo, están renunciando a su derecho constitucional a que dicha controversia se decida en un tribunal ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las Reclamaciones Deben ser Arbitradas: Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir o estén relacionadas con el tratamiento o servicio proporcionado por el médico, incluyendo cualquier cónyuge o heredero del paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o no, en el momento de la ocurrencia dando lugar a cualquier reclamo. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento se refiere tanto a la madre como al hijo o hijos esperados de la madre.

Artículo 3: Procedimientos y Ley aplicable: Una demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de parte) en un plazo de treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días siguientes a una demanda de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte del arbitraje pagará la parte pro rata de dicha parte de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurrido o aprobado por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados o honorarios de testigos, u otros gastos incurridos por una parte para la inmunidad de dicha parte complementarán, no suplantarán, cualquier otra ley legal o común aplicable.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños y perjuicios a petición escrita al árbitro neutral.

Las partes consienten la intervención y se unen a este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unirse cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se quedará pendiente de arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero no limitado a, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier parte puede presentar ante los árbitros una moción de juicio sumario o resolución sumaria de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con el artículo 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, las declaraciones pueden tomarse sin la aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias conexas serán arbitradas en un procedimiento. Una reclamación será renunciada y prohibida para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación de la misma, la reclamación, si se firma en una acción civil, sería prohibida por la estatua de limitaciones de California aplicable, o (2) el demandante no persigue la reclamación de arbitraje de acuerdo con los procedimientos aquí prescritos con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto que no esté expresamente previsto, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relativas al arbitraje.

Artículo 5: Revocación: El acuerdo podrá ser revocado mediante notificación escrita entregada al médico dentro de los 30 días siguientes a la firma. La intención de este acuerdo es aplicarse a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento para cualquier condición.

Artículo 6: Efecto retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha en que se firme (incluyendo, pero no limitado a, tratamiento de emergencia) el paciente debe inicializar a continuación:

Eficaz como la fecha de los primeros servicios médicos
Iniciales del Paciente o Representante del Paciente

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de ninguna otra disposición.

A signed copy of this document is to be given to the patient. Original is to be filed in patient's medical records.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA O NEGLIGENCIA MÉDICA SE DECIDA POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO JUDICIAL VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: _____ Fecha: _____
Physician of Authorized Representative's Signature

Por: _____ Fecha: _____
Firma del paciente o del representante del paciente

Print of stamp Name of Physician, Medical Group,
or Association Name

Nombre del paciente

(Si es representante, imprima nombre/relación con el paciente)

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Por mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.



Historia de Ocurrencia

Si su lesión personal no fue una colisión de un vehículo motorizado, sino un resbalón y caída u otro tipo de lesión, responda todas las preguntas que se apliquen a su lesión. Por favor sea específico.

Fecha de Accidente: _____ Hora: _____ Conductor de coche: _____

Donde estaba sentado? Asiento del conductor Asiento delantero derecho

Asiento medio delantero Pasajero trasero derecho Pasajero medio trasero

Trasera izquierda pasajero

Dueno del carro? _____

Año, marca, y modelo del auto: _____

Cuál fue el daño aproximado hecho al auto en el que estabas?? \$ _____

Visibilidad en el momento del accidente: Pobre Justo Bueno

Condiciones del camino al momento del accidente: Helado Lluvioso Claro Oscuro

Su auto: Golpeo otro auto Le pegaron en la: Derecha Izquierda Atras En frente

Tipo de accidente: Colisión frontal

Colision lateral

Colision trasera

Impacto frontal, coche trasero en la parte delantera

No colisión: (Describe) _____

Descripcion del accidente: _____



HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre: _____ Médico de familia: _____

HISTORIA FAMILIAR (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

Mamá: A) Cáncer B) Diabetes C) Enfermedad cardíaca D) Presión arterial alta E) Problemas respiratorios D) Riñón
E) Accidente cerebrovascular F) Buen estado de salud G) Si falleció - edad de muerte _____

Padre: A) Cáncer B) Diabetes C) Enfermedad cardíaca D) Presión arterial alta E) Problemas respiratorios D) Riñón
E) Accidente cerebrovascular F) Buen estado de salud G) Si falleció - edad de muerte _____

Hermanos: A) Cáncer B) Diabetes C) Enfermedad cardíaca D) Presión arterial alta E) Problemas respiratorios D) Riñón
E) Accidente cerebrovascular F) Buen estado de salud G) Si falleció - edad de muerte _____

HISTORIA SOCIAL: (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

ESTADO CIVIL: 1. SOLTERO 2. CASADO 3. DIVORCIADO 4. VIUDO

NÚMERO DE HIJOS: (0) (1) (2) (3) (4) (5)

USTED: 1. HACE EJERCICIO REGULARMENTE _____ 2. COME UNA DIETA EQUILIBRADA? _____ 3. OBTENER SUFICIENTE
DESCANSO? _____

BEBES CAFÉ / TÉ? CUÁNTAS TAZAS / DÍA?: _____

FUMAS? CUÁNTOS PAQUETES / DÍA?: _____

BEBES ALCOHOL? CUÁNTAS BEBIDAS AL DÍA? _____

HISTORIAL MÉDICO: MARQUE TODO LO QUE APLIQUE

A) ENFERMEDADES INFANTILES: 1) SARAMPIÓN 2) PAPERAS 3) VARILLA 4) TUBERCULOSIS 5) FIEBRE REUMÁTICA 7) OTROS:

LISTA DE CUALQUIER DEFECTO DE NACIMIENTO: _____

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS: Si alguna vez ha estado hospitalizado, indique el razón y las fechas

_____ M / D / A ___ / ___ / ___
_____ M / D / Y ___ / ___ / ___
_____ M / D / Y ___ / ___ / ___
_____ M / D / Y ___ / ___ / ___

ADULTO / ENFERMEDADES / LESIONES: 1) DIABETES 2) ENFERMEDAD DEL CORAZÓN 3) ALTA PRESIÓN ARTERIAL 4)
CONVULSIONES 5) CÁNCER 6) OTROS

También enumere las lesiones por las cuales no ha sido hospitalizado; incluir fechas aproximadas.

_____ M / D / Y ___ / ___ / ___
_____ M / D / Y ___ / ___ / ___
_____ M / D / Y ___ / ___ / ___

**MEDICAMENTOS: INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO O HA TOMADO ACTUALMENTE DURANTE LOS
ÚLTIMOS SEIS MESES (INCLUYE LOS RECURSOS DOMÉSTICOS)**

A) _____ B) _____ C) _____
D) _____ E) _____ F) _____

NIVEL DE DOLOR CON MEDICAMENTOS: _____ / 10 NIVEL DE DOLOR SIN MEDICAMENTOS: _____ / 10

MEDICAMENTOS A LOS QUE ES ALÉRGICO:

A) _____ B) _____ C) _____
D) _____ E) _____ F) _____



Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de Accidente: _____

Evaluación de Traumatismo Craneal

Por favor **circule** todos los síntomas que tiene actualmente **que no tuvo antes del accidente**

SÍNTOMAS NEUROLOGICOS:

Adormido / Hormigueo Brazo/Mano	L/R	Debilidad Brazo/Mano	L/R
Adormido / Hormigueo Pierna/Pie	L/R	Debilidad Pierna/Pie	L/R

SÍNTOMAS ASOCIADOS A LESIONES:

Problemas de rango de movimiento	Problemas de equilibrio
Dolores de cabeza	Dificultad para caminar
Espasmos musculares	Dificultad para enfocar / distraerse fácilmente
Mareo	Muy cansado / dormitando durante el día
Alteraciones visuales	Cambios de personalidad
Interrupción del sueño	No puedo recordar números
Dolor radiante	Problemas de lectura
Ansiedad	Problemas de escritura
Depresión	Dificultad para sumar / restar
Queriendo estar sola/o	Mala atención
Adormecimiento	Dificultad para aprender cosas nuevas
Náuseas/vómitos	Releyendo cosas para entenderlo
Dificultad para concentrarse	Enfado
Día soñando / Mirando sin sentido	Dificultad para tomar decisiones
Cambios de humor	Cambio en la función sexual
Agitación	Confianza reducida
Tristeza o lágrimas	Impotencia
Visión borrosa	Apatía (no importa)
Visión doble	Irritable
Desorientado	Cambio en el sentido del gusto o el olfato.
Confuso	Flashbacks al accidente
Dificultad para hablar	Impaciencia
Sentirse aislado de los demás	Frustración
Problemas de atención	Escuchando problemas
Cambios de apetito	Dificultad para planificar u organizar
Pupilas de diferente tamaño	Tomar el analgésico de venta libre
Sala giratoria / sensación de mareo	

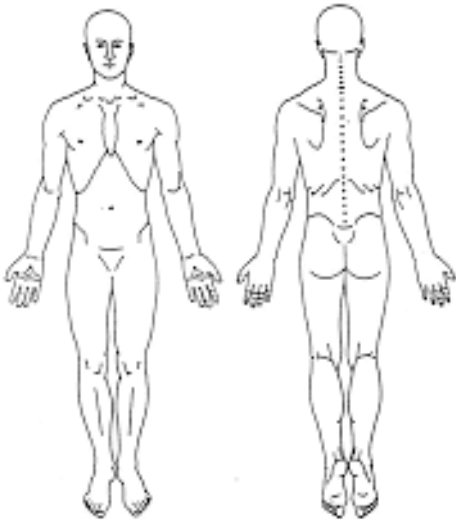


Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha De Servicio: _____

INSTRUCCION DE DIBUJO DE DOLOR:

Por favor, marque las áreas de su cuerpo donde sientes dolor.



No Dolor Peor Dolor
 1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

POR FAVOR PUNTÚE CADA PARTE DEL CUERPO INDIVIDUALMENTE

Parte del cuerpo	Con medicamento	Sin medicamento
1.	/10	/10
2.	/10	/10
3.	/10	/10
4.	/10	/10
5.	/10	/10

Indique si tiene alguna dificultad o limitación con las siguientes actividades de la vida diaria.

ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA	SI, Tengo dificultad	NO, Tengo dificultad	¿Los medicamentos alivian esta dificultad? Si o No
Circule todo lo que corresponda			
Bañarse Vestirse Comer			
Cepillarse los dientes Peinarse			
Ir al baño (orinar, defecar)			
Escribir Ver Escuchar Hablar			
De pie Sentado Reclinado Caminando			
Subiendo escaleras			
Oír Ver Táctil Sentir Degustar Oler			
Jadeo Levantamiento Discriminación táctil			
Montar Conducir Volar			
Funcion sexual			
Dormir Descanso Patrón de sueño nocturno			

Por favor liste sus medicamentos actualmente: _____

Alergias a medicamentos: _____

¿Tiene efectos secundarios significativos con algún medicamento recetado? _____

Si puso sí, por favor describa: _____

¿Algo le ayuda su dolor? Tens H Wave PT Chiro Accu Hot and Cold Soporte en la Espalda

Firma: _____ **Fecha:** _____



Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. La “información de salud protegida” es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura, o su salud o condición mental y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgaciones de información médica protegida Usos y divulgaciones de información médica protegida

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestro consultorio y otras personas fuera de nuestro consultorio que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, respaldar el funcionamiento de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con una tercera parte. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica domiciliar que le brinde atención. Por ejemplo, su información médica protegida se puede proporcionar a un médico a quien se le ha derivado para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información médica protegida relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones sanitarias: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de los empleados, actividades de capacitación de estudiantes de medicina, concesión de licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de la facultad de medicina que atienden pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para contratarlo y recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo requiera la ley, los problemas de salud pública son requeridos por la ley, enfermedades transmisibles: supervisión de la salud: abuso o negligencia: requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos: procedimientos legales: aplicación de la ley: forenses, directores de funerales y donación de órganos: investigación: Actividad delictiva: Actividad militar y seguridad nacional: Compensación para trabajadores: Reclusos: Usos y divulgaciones obligatorios: Según la ley, debemos informarle a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley. Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico haya tomado una acción basándose en el uso o divulgación indicados en la autorización.

Tus derechos

A continuación se incluye una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información recopilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protegida.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que no se divulgue cualquier parte de su información médica protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si el médico cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no estará restringida. A continuación, tiene derecho a utilizar otro profesional sanitario.

Tiene derecho a solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, si lo solicita, incluso si ha acordado aceptar este aviso de manera alternativa, es decir, electrónicamente.

Tiene derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos realizado, si las hay, de su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. A continuación, tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

Quejas: Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.