



Gracias por confiar a nuestros proveedores y personal para atender sus necesidades de atención médica. Lea atentamente la información contenida en este paquete.

Elegibilidad y copias de la tarjeta de seguro:

- Nuestro personal ejecutará su cobertura de seguro actual a través de un "Portal de elegibilidad de seguro" para garantizar que su cobertura de seguro esté activa actualmente y que todos los datos en su póliza de seguro y tarjeta coincidan con lo que se presenta en este paquete. Si hay algún problema o inquietud, nuestro personal de recepción lo revisará con usted.
- Es su responsabilidad presentar cualquier nueva información de seguro en el momento de su visita, así como también cualquier cambio en su información personal que tengamos en nuestros archivos.
- Se requiere que nuestro personal de recepción obtenga una copia del anverso y reverso de su (s) tarjeta (s) de seguro y una forma de identificación gubernamental vigente (es decir, licencia de conducir, tarjeta de identificación o pasaporte)

Copagos, Coseguros y Deducibles:

- Nuestro personal de recepción debe cobrar todos los copagos por adelantado antes de su visita. Esté preparado para pagar su copago en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Nuestro personal de recepción debe proporcionarle un recibo de su pago, ya sea en papel o por correo electrónico.

Estimador de Costos del Paciente:

- Nuestra oficina central ejecutará un "Estimador de costos para el paciente" según su nivel de visita y cualquier otro procedimiento médico que se esté realizando. Esto detallará lo que su seguro aplicará a cualquier coseguro o deducible para el año en curso. Cualquier cuota de saldo estimado se cobrará en el momento del servicio. Se pueden organizar planes de pago si es necesario.

Citrus Valley Medical Associates requiere uno de los siguientes en el archivo del paciente:

- Una tarjeta de crédito válida que se puede ejecutar si su cuenta tiene un saldo superior a cien dólares (\$ 100.00). Ejecutaremos su tarjeta si no ha habido respuesta a los estados de cuenta que enviamos o las llamadas telefónicas realizadas por nuestro personal de facturación. La Tarjeta solo se utilizará para pagar los copagos, coseguros, deducibles o saldos de servicios no cubiertos, después de que se hayan recibido todos los pagos del seguro y la porción sea claramente responsabilidad del paciente. La mayoría de los pacientes reciben su Explicación de beneficios del seguro (EOB) antes de que nuestro grupo reciba su Explicación de beneficios del seguro.
- Aceptamos Crédito de atención en todas nuestras oficinas de Citrus Valley Medical. Puede usar Crédito de atención (Care Credit) para cubrir copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos.

He leído lo anterior y entiendo las políticas de la oficina de recepción de Citrus Valley Medical Associates, Inc.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha firmada

Autorización Para Tarjeta de Crédito en el Pago de Archivos

760 Washburn Ave., Ste 5, Corona, CA 92882
12523 Limonite Ave #400, Eastvale, CA 91752
1820 Fullerton Ave., Ste 115, Corona, CA 92881
1901 Town and Country Drive #104, Norco, CA 92860
2250 S. Main St., Ste 104, 106, 107, 201, 208, Corona, CA 92882

Autorización

- Hasta nuevo aviso, autorizo a Citrus Valley Medical a cargar los saldos responsables del paciente (copagos, coseguros, deducibles, servicios no cubiertos, artículos electivos) en mi cuenta a la siguiente tarjeta de crédito.

Círculo Uno

- Visa
- Mastercard
- Discover
- American Express

Los últimos 4 dígitos de mi Tarjeta de Crédito

- _____

Fecha de Caducidad (mm/aa)

- _____

Entiendo que una vez que el seguro haya pagado su porción por mi atención, recibiré una Explicación de Beneficios (EOB, por sustenes) de mi plan de seguro médico. La EOB indicará cualquier saldo que yo pague. Estoy de acuerdo en que Citrus Valley Medical puede cobrar a mi tarjeta de crédito registrada por el saldo adeudado cuando reciban una copia de la EOB de mi plan de seguro médico. Si el saldo adeudado es de más de \$100.00, recibiré una llamada de cortesía antes de que se cobre mi tarjeta.

- ❖ Las tarjetas de débito con estos logotipos son aceptables, sin embargo, tenga en cuenta que ejecutamos una transacción de autorización solo para (\$1.00) en las tarjetas al almacenarlas. Algunos bancos pueden poner este dinero en espera por hasta 5 días o más. Recomendamos encarecidamente el uso de una tarjeta de crédito, si esa es una opción para usted.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha Firmada: _____

Correo Electrónico Para Recibos: _____ CVMA Representante: _____

El Registro de Pacientes y Datos de Facturación

Nombre Del Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____ Sexo: F M

Estado Civil: Casado Divorciado Viudo Soltero Apartado Doctor Primario _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro _____ Correo Electrónico _____

¿Es visita debido a un accidente? _____ Accidente de trabajo? _____

<p style="text-align: center;"><u>Información del Paciente</u></p> <p>Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Número de casa _____</p> <p>Número Celular _____</p> <p>Número de Seguro Social _____</p> <p>Número de Licencia de Manejar _____</p> <p>Empleador Nombre _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Número de trabajo _____</p> <p>Contacto de emergencia _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Numero _____</p> <p>Relación _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Información De Fiador (Si el Paciente es Menor)</u></p> <p>Nombre _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Cuidad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Número de casa _____</p> <p>Número Celular _____</p> <p>Número de Seguro Social _____</p> <p>Número de Licencia de Manejar _____</p> <p>Fecha De Nacimiento _____</p> <p>Relación con el paciente _____</p> <p>Empleador Nombre _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Número de trabajo _____</p>
<p><u>For Office Use Only</u></p> <p>Date Received ___/___/___ By _____</p>	

<p style="text-align: center;"><u>Información del Seguro #1</u></p> <p>Nombre del Seguro _____</p> <p>Nombre del Fiador _____</p> <p>Relación _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Del Fiador Empleador _____</p> <p>Empleador Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Número de Póliza de Seguro _____</p> <p>Número de Grupo _____</p> <p>Fecha De Nacimiento del Fiador _____</p> <p>Seguro Social del Fiador _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>Información del Seguro #2</u></p> <p>Nombre del Seguro _____</p> <p>Nombre del Fiador _____</p> <p>Relación _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Del Fiador Empleador _____</p> <p>Empleador Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado & Zona Postal _____</p> <p>Número de Póliza de Seguro _____</p> <p>Número de Grupo _____</p> <p>Fecha De Nacimiento del Fiador _____</p> <p>Seguro Social del Fiador _____</p>
---	---

Yo autorizo que mi compañía del seguro pague directamente al doctor el total de mi cuenta de servicio que recibí yo y dependiente
 Yo acepto pagar el total la deferencia del total del médico y otros servicios.
 Yo soy responsable para pagar el total, yo autorizo que mi información de mi expediente usado para el seguro también que cual quiere dinero del gobierno que lo manden a nuestra oficina.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

***** TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS ESTÁN PROTEGIDOS Y CONFIDENCIAL *****

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Historia Familiar	Si Vive		Si Difunto	Por Favor Circule lo que Aplique ¿Algún Pariente ha tenido? ¿Quién?
	Edad	Condición de Salud	Edad al Morir Causa	
Padre				Cáncer no o si
Madre				Tuberculosis no o si
Hermano o Hermana				Diabetes no o si
1.				
2.				Problemas de corazón no o si
3.				Alta Presión De Sangre no o si
4.				Ataque no o si
5.				Epilepsia no o si
Esposo o Esposa				Enfermedad Mental no o si
Hijo o Hija				Instinto Suicida no o si
1.				
2.				Deformidades Congénitas no o si
3.				Anote Cualquier Cirugía Previa:
4.				

<u>Enfermedades que u haya tenido</u>			
Sarampión o Rubeola	No o Si	Jaqueca	No o Si
Viruela	No o Si	Tuberculosis	No o Si
Tos Ferina	No o Si	Diabetes o Cáncer	No o Si
Fiebre Escarlatina	No o Si	Alta o Baja Presión de la Sangre	No o Si
Neumonía o Pleuresía	No o Si	Choque de Nervios	No o Si
Difteria o Viruela	No o Si	Envenenamiento por Comida o Químicos	No o Si
Gripa	No o Si	Fiebre del heno o Asma	No o Si
Fiebre Reumática o Enfermedad Del Corazón	No o Si	Urticaria o Eczema	No o Si
Artritis o Reumatismo	No o Si	Resfriado Frecuente o Garganta Irritada	No o Si
Enfermedad de Hueso o Coyunturas	No o Si	Infecciones frecuentes o Bochornos	No o Si
Neuritis o Neurosis	No o Si	Otro tipo de enfermedad	No o Si
Bursitis, Ciática o Lumbago	No o Si		
Polio o Meningitis	No o Si	<u>Alergias: A que medicinas es usted alérgico</u>	
Infecciones Crónica de los Riñones	No o Si	Penicilina o Sulfa	No o Si
Gonorrea o Sífilis	No o Si	Aspirina, Codeína o Morfina	No o Si
Anemia o Deficiencia del Hígado	No o Si	Myeins o otros Antibióticos	No o Si
Epilepsia	No o Si	Mertiolate o Mercurocromo	No o Si
		Cualquier tipo de droga	No o Si
		Cualquier tipo de Comida	No o Si
		Cinta Adhesiva	No o Si
		Cosméticos o pintura de unas	No o Si
		Antitoxina para el tétanos o suero	No o Si

Review of Systems: Please Check Those You Have Had

<p>¿Heridas que usted haya tenido? Quebradura de Huesos No o Si Torceduras o Falseadoras No o Si Laceraciones (Extensivas) No o Si Conmoción o Heridas en la cabeza No o Si Alguna vez se ha Desmayado No o Si</p> <p align="center"><u>Ha tenido alguna vez transfusión</u> De sangre o Plasma No o Si</p> <p align="center"><u>Peso</u> Actual _____ Peso hace un ano _____ Máximo _____ Cuando _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Enfermedad de los Ojos <input type="radio"/> Herida en los Ojos <input type="radio"/> Vista deteriorada <input type="radio"/> Enfermedad de los Oídos <input type="radio"/> Herida en los Oídos <input type="radio"/> Oído deteriorado <input type="radio"/> Problemas Nariz <input type="radio"/> Problemas Sinusitis <input type="radio"/> Problemas Boca <input type="radio"/> Problemas Garganta <input type="radio"/> Desmayos <input type="radio"/> Pérdida de consciencia <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Parálisis <input type="radio"/> Frecuentes/Severas Dolores de cabeza <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Depresión o ansiedad <input type="radio"/> Alucinaciones <input type="radio"/> Glándulas Agrandadas <input type="radio"/> Bocio o Glándula Tiroides Agrandada <input type="radio"/> Enfermedades de la piel <input type="radio"/> Tos Crónica o Frecuente <input type="radio"/> Dolor de pecho o angina pectoral <input type="radio"/> Escupe sangre <input type="radio"/> Sudores nocturnos <input type="radio"/> Corto de aliento 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Palpitaciones del corazón <input type="radio"/> Hinchazón de las manos <input type="radio"/> Hinchazón de pies o tobillos <input type="radio"/> Varices <input type="radio"/> Cansancio o debilidad extrema <input type="radio"/> Enfermedades de riñón o piedras <input type="radio"/> Enfermedades de la Vejiga <input type="radio"/> Albumen azúcar, pus, etc. en la orina <input type="radio"/> Dificultad al orinar <input type="radio"/> Problemas de el estomago o ulceras <input type="radio"/> Indigestión <input type="radio"/> Enfermedad del hígado o vejiga <input type="radio"/> Colitis o otra enfermedad intestinal <input type="radio"/> Apendicitis <input type="radio"/> Hemorroides o sangrado del recto <input type="radio"/> Constipación o diarrea <input type="radio"/> Cambio reciente en el excremento o en los Intestinos <input type="radio"/> Cambio reciente de apetito o hábitos alimenticios
<p align="center"><u>Hábitos: ¿Usted?</u></p> <p>¿Duerme bien? No o Si ¿Usa bebidas alcohólicas? No o Si ¿Diariamente? No o Si ¿Fuma? No o Si ¿Cuanto? _____ ¿Hace suficiente ejercicio? No o Si ¿Tiene una dieta balanceada? No o Si</p>		
<p><u>Anote cualquier droga o medicamento que usted tome frecuentemente o regularmente</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p align="center"><u>Para Mujeres Solamente: Historia Menstrual</u></p> <p>Edad al empezar _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Irregular <input type="radio"/> Flujo Abundante <p>Periodo de días de comienzo a terminar _____</p> <p>Duración usual en días _____</p> <p>Dolores y Calambres No o Si</p> <p>Fecha del último periodo menstrual _____</p> <p>¿Embarazo Cuantos? _____</p> <p>¿Hijos nacido-vivos? _____</p> <p>¿Hijos nacido-muertos? _____</p> <p>¿Hijos nacidos prematuramente? _____</p> <p>¿Hijos nacidos por operación cesárea? _____</p> <p>¿Abortos voluntarios o involuntarios? _____</p>	

Citrus Valley Medical Associates, Inc.

Consentimiento para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi salud, historial, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y se me ha proporcionado un **Aviso de Prácticas de Privacidad** que proporciona una descripción más completa de usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Yo Comprendo que la organización se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas, y antes de la implementación envíe una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a oponerme al uso de mi información de salud para fines de directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo mi salud la información se puede usar o divulgar para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y que la organización no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto a la medida en que la organización ya ha tomado medidas para confiar en ello. Solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud.

Firma o Paciente /Representante Legal

Fecha

Relación con el paciente

Escriba el nombre del paciente

Imprimir fecha de nacimiento

Enumere todos los dependientes, la relación y la fecha de nacimiento (SIN ESPOSA)

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento

Office Use Only:

Accepted

Denied

Authorized Signature

Date

Formulario de Consentimiento Informado de Telemedicina

Citrus Valley Medical Associates, Inc.

760 Washburn Ave., Ste 5, Corona, CA 92882
12523 Limonite Ave #400, Eastvale, CA 91752
1820 Fullerton Ave., Ste 115, Corona, CA 92881
1901 Town and Country Drive #104, Norco, CA 92860
2250 S. Main St., Ste 104, 106, 107, 201, 208, Corona, CA 92882

Por favor, compruebe que comprende cada elemento en este formulario de consentimiento *

- Entiendo que la telemedicina es el uso por parte de un proveedor de atención médica de las tecnologías de comunicación disponibles, como Internet, para la prestación de servicios de atención médica a través de audio y video, independientemente de la ubicación de las partes en comunicación.
- Entiendo los beneficios con el uso de la telemedicina, así como sus limitaciones, mientras que no puede garantizarse los resultados de todos los tratamientos realizados a través de este medio.
- Entiendo las limitaciones con el uso de la telemedicina donde no puede ser totalmente igual al modo de tratamiento cara a cara y tales demoras pueden incurrir debido a posibles casos de comunicación intermitente que pueden surgir y que el proveedor de servicios de telemedicina no tiene la culpa.
- Entiendo que existen leyes estatales que ayudan a proteger mi privacidad al estandarizar la confidencialidad y la seguridad de la información que se aplican a las consultas de telesalud y telemedicina como HIPAA. Sin embargo, en caso de que mi seguro necesite acceso a mi información médica, por la presente otorgo la divulgación de la información solicitada a mi proveedor de seguro y / o sus representantes.
- Entiendo que mi participación es voluntaria, y tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en cualquier momento. Entiendo que mi retiro no afecta ningún tratamiento futuro con el proveedor.
- Conozco y seré el único responsable de los cargos incurridos por el uso de la telemedicina e informaré al proveedor de servicios de telemedicina la forma de pago que preferiré.
- Entiendo que este formulario de consentimiento informado de telemedicina tiene jurisdicción exclusiva en el estado de California y, por lo tanto, debo ser residente en California para recibir tratamiento a través de la telemedicina.

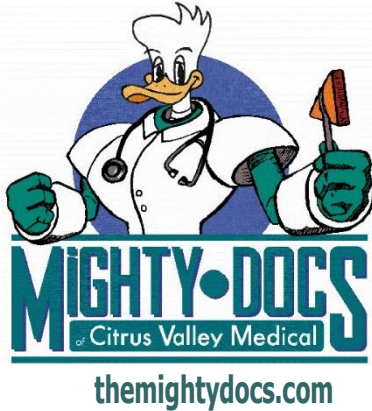
Al firmar este formulario, afirmo mi consentimiento voluntario para este compromiso de telemedicina. Entiendo que cada elemento anterior me fue explicado. Se me dio la oportunidad de hacer mis preguntas y las preguntas fueron respondidas en consecuencia y para mi satisfacción.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha firmada



¿La diferencia entre un examen físico / de bienestar y una visita al consultorio?

Nos gustaría ayudar a nuestros pacientes a comprender la diferencia entre un examen físico / de bienestar y una visita al consultorio. La mayoría de las citas generalmente se programan como visitas al consultorio. Una "visita al consultorio" es una cita para discutir problemas nuevos o existentes. Puede discutir hasta tres con su proveedor por visita. La visita puede incluir la prescripción de medicamentos, ordenar pruebas adicionales como laboratorio o rayos X, procedimientos en el consultorio como un electrocardiograma, referencias a especialistas o discutir otras opciones de tratamiento.

Un "examen físico" o "examen de bienestar" es una revisión exhaustiva de su bienestar general. El médico revisará sus problemas médicos, realizará un examen físico completo y hará recomendaciones sobre su salud. Esto puede incluir recomendaciones generales sobre dieta y ejercicio, inmunizaciones apropiadas para la edad y exámenes de detección de cáncer, como una prueba de Papanicolaou, un examen de próstata, un examen de mamas y / o pruebas de laboratorio.

Ocasionalmente, es posible que lo atiendan para una visita física y una visita al consultorio el mismo día. Esto significa que cumple con los requisitos para ambos tipos de visitas durante una cita. Si está programado para un examen físico / de bienestar, pero también discute un problema que está separado de su examen físico / de bienestar, se le facturará tanto por un examen físico / de bienestar como por una visita al consultorio. Si durante su examen el médico determina que un problema médico crónico continuo está "fuera de control", el proveedor puede elegir abordar ese problema en la cita y programar el examen físico / de bienestar para un momento posterior. Es importante saber que, si algo se aborda fuera de las pautas de "salud física / bienestar", se le cobrará un copago (debido al momento del servicio) y / o coseguro o cargos deducibles.

Si tiene alguna pregunta con respecto a su visita hoy, no dude en preguntar a uno de los miembros del personal de nuestra oficina. Firme a continuación que comprende la información anterior sobre la diferencia entre los exámenes físicos / de bienestar y una visita al consultorio.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha



Solicitud de Información Médica

CVUC - 760 Washburn Ave., Ste 5, Corona, CA 92882, TN: 951- 737-0910, Fax: 951-371-1906
 EMG - 12523 Limonite Ave #400, Eastvale, CA 91752, TN: 951- 808-6300, Fax: 657-215-4553
 CCMG - 1820 Fullerton Ave., Ste 115, Corona, CA 92881, TN: 951-817-5000, Fax: 951-817-5002
 NMG - 1901 Town and Country Drive #104, Norco, CA 92860, TN: 951-737-8141, Fax: 951-817-1759
 CVFP - 2250 S. Main St., Ste 104, Corona, CA 92882, TN: 951-737-1454, Fax: 951-737-1822
 Inland Neurology - 2250 S. Main St., Ste 104, Corona, CA 92882, TN: 951-734-8461, Fax: 951-394-2687
 CVIM - 2250 S. Main St., Ste 106, Corona, CA 92882, TN: 951-371-2703, Fax: 951-371-9348
 PEDS - 2250 S. Main St., Ste 107, Corona, CA 92882, TN: 951-737-8177, Fax: 951-407-0074
 IHD - 2250 S. Main St., Ste 201, Corona, CA 92882, TN: 951-734-4880, Fax: 951-734-7963
 CCGI - 2250 S. Main St., Ste 201, Corona, CA 92882, TN: 951-808-6298, Fax: 951-523-7065
 CCC - 2250 S. Main St., Ste 208, Corona, CA 92882, TN: 951-271-4161, Fax: 951-737-9907

Autorización

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

Número de Seguro Social del Paciente: _____ Número de Teléfono del Paciente: _____

Titular del Registro

Hospital, Grupo Médico, Nombre del Médico: _____

Hospital, Grupo Médico, Número de Teléfono Médico: _____

Hospital, Grupo Médico, Número de Fax Médico: _____

Los Registros Pueden ser Lanzados a:

Citrus Valley Medical Associates, Inc.

- Please see locations above

Tipo de Información

_____ Resumen de Descarga _____ Informes del Departamento de Emergencia _____ Registros Psiquiátricos

_____ Notas de Progreso _____ Resultados de Laboratorio _____ Información de Facturación

_____ Órdenes del Médico _____ Todos y Cada Uno de Los Registros _____ Informes de Radiología/Med Nuclear

_____ Historial/Examen Físico _____ Tratamiento Alcohol/Abuso de Drogas

_____ Informes Operativos/Procedimientos _____ Resultados de las Pruebas de HIV

_____ Informes de Consulta _____ Otro (Especificar): _____

Fechas de Servicio

- De: ___/___/___
- Para: ___/___/___

Uso de la Información

La persona o entidad identificada anteriormente está autorizada a utilizar mi información para los siguientes fines:
(Por favor, inicialice todo lo que corresponda)

_____ Transferencia de Atención _____ Segunda Opinión _____ Personal _____ Seguro _____ Legal
_____ Atención Continua _____ Otro (Especificar): _____

Duración

- Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha junto a mi firma, a menos que se indique lo contrario aquí:

___/___/___

Copia Adicional

- Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a petición mía.

Re-Divulgación

- Entiendo que una vez recibidos, mis registros estarán sujetos a Re-divulgación y mi ya no está protegido por las leyes federales de privacidad.

Revocación

- Esta autorización también está sujeta a la revocación por escrito por parte de los abajo firmantes en cualquier momento y a la divulgación de información por parte de la parte reveladora. La revocación por escrito será efectiva en el momento de la recepción, pero no será efectiva en la medida en que el Solicitante sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Explicación

- Entiendo que mi tratamiento no está condicionado de si firmo o no la autorización y que puedo negarme a firmarla.

Nombre del Paciente Impreso: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha Firmada: _____

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique su relación con el paciente: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha/Hora: _____

- ❖ Se debe proporcionar documentación legal junto con un documento de identidad válido para demostrar la autoridad para firmar en nombre del paciente

Citrus Valley Medical Associates, Inc.

Formulario de garantía de Elegibilidad (Un formulario por miembros)

Yo, _____, entiendo que mis beneficios son elegibles con
(nombre de suscriptor)

_____ desde _____ por
(nombre de seguro) (mes) (día) (ano)

_____. Yo he seleccionado a Citrus Valley Medical y al
(nombre de empleador)

Dr. _____ como mi doctor primario.
(nombre de doctor)

Yo entiendo que, si la información no es correcta, o no estoy elegible bajo los terminas de mi grupo medico/hospital, yo soy económicamente responsable por todos los cargos de servicios rendidos. Adicional, asumiendo que mis beneficios no están estabilizados yo estoy de acuerdo que seré responsable y voy a pagar toda mi cuenta que reciba en 60 días a este grupo médico.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente (padre o tutor si es menor de 18 años)

Fecha

Office Use Only

Patients Name: _____ DOB: _____

Member ID or Subscriber SSN: _____

Eligibility Verified by: _____

Member Service Rep: _____

Confirmation#: _____

Member Verified?	Yes	No	Employer Group Verified?	Yes	No
------------------	-----	----	--------------------------	-----	----

DIRECTIVA AVANZADA PARA LA SALUD

Estimado Paciente,

Como su médico, tengo la obligación de pedirles a todos mis pacientes mayores de los 18 años, si ya ha formulado una directiva avanzada para la salud, así poder incorporarla a su expediente médico. No está obligado a proporcionar esta información, pero si tenemos que pedírsela. Favor de regresar esta forma a la recepcionista al completarla.

Gracias

Nombre del Paciente: _____ Social Security#: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

- ❖ ¿Ha formulado usted una directiva avanzada? () Yes () No

- ❖ ¿En caso afirmativo, indique qué tipo de directiva?
 - Durable Power of Attorney for Health Care ()
 - California Natural Death Act ()
 - Living Health Care Will ()
 - Other: _____ ()

- ❖ ¿Acepta entregarnos una copia de su directiva? () Yes () No

- ❖ Reusó contestar esta preguntas () Yes () No

INTERNAL OFFICE USE ONLY	
Type of Health Care Directive Received:	Date Received
Durable Power of Attorney for Health Care	_____
California Natural Death Act	_____
Living Health Care Will	_____
Other: _____	_____

Un Mensaje a Mis Pacientes Respecto al Arbitraje

El contrato adjunto es un Acuerdo de Arbitraje. Con nuestras firmas en este acuerdo, acordamos que cualquier disputa que emana de servicios médicos que reciban ha de ser decidida por medio de un compromiso de arbitraje y no por medio de un juicio de tribunal. Las demandas legales son cosas que nadie anticipa y que todos queremos evitar. Creemos que este método de resolver disputas por medio de arbitraje es uno de los sistemas más justos para los pacientes y los médicos. Acuerdos de arbitraje entre pacientes y médicos han sido reconocidos y aprobados por las cortes de California desde hace mucho tiempo.

Al firmar este acuerdo, usted está cambiando el lugar en el cual se presentará su demanda. Todavía podrá llamar a testigo y presentar su evidencia. Cada lado escojo un árbitro (árbitro del partido) quienes escojan un tercer árbitro neutral. Estos tres árbitros entonces consideran el asunto. Este acuerdo generalmente ayuda a reducir los costos legales para los pacientes y los médicos. Además, ambas partes interesadas se beneficiarán al no tener que pasar por los rigores de un juicio y la publicidad que puede acompañar a un juicio de tribunal. Claro que nuestra meta es proveer la atención medica de tal manera que se evita cualquier disputa. Sabemos que la mejoría de los problemas empieza con una falta de comunicación. Por lo tanto, si usted tiene cualquier pregunta acerca de su tratamiento, por favor háganos saber.

Gracias

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, se someterán a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurrir a un proceso judicial, salvo que la ley de California disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que dicha disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir o estar relacionadas con el tratamiento o servicio prestado por el médico, incluido cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier hijo, nacido o no nacido, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamo. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento significará tanto la madre como el hijo o hijos esperados de la madre.

Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el médico y los socios, asociados, asociaciones, corporaciones o sociedades del médico, y los empleados, agentes y propiedades de cualquiera de ellos, deben ser arbitrados, incluidos, entre otros, reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte injusta, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico o paciente para cobrar o impugnar cualquier tarifa médica no renunciará al derecho de obligar el arbitraje de cualquier reclamo por negligencia. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamo de negligencia, cualquier disputa de honorarios, sea o no objeto de cualquier acción judicial existente, también se resolverá en el arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y legislación aplicable: la solicitud de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días de la demanda de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados o honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para su propio beneficio. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un funcionario judicial de responsabilidad civil cuando actúan en calidad de árbitro en virtud de este contrato. Esta inmunidad complementará, 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 previa solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes dan su consentimiento para la intervención y acumulación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería una parte adicional apropiada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá en espera del arbitraje. Las partes acuerdan que la disposición de la ley de California aplicable a los proveedores de atención médica se aplicará a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier parte puede presentar ante los árbitros una moción de juicio o adjudicación sumarios de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con el Código de Procedimiento Civil, sección 1283.05; sin embargo, se pueden realizar deposiciones sin la aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones generales: todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas se someterán a arbitraje en un solo procedimiento. Se renunciará a un reclamo y se excluirá para siempre si (1) en la fecha en que se recibe el aviso del mismo, el reclamo, si se afirma en una acción civil, estaría prohibido por el estatuto de limitaciones de California aplicable, o (2) el reclamante no persigue el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: Revocación: este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al médico dentro de los 30 días posteriores a la firma. Es la intención de este acuerdo aplicar a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento por cualquier condición.

Artículo 6: Efecto retroactivo: si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), el paciente debe iniciar a continuación:

Vigente a partir de la fecha de los primeros servicios médicos.

 Iniciales del Paciente o del 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 cualquier otra disposición.

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

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA TENER CUALQUIER PROBLEMA DE MALPRACTICAS MÉDICAS DECIDIDAS POR EL ARBITRAJE NEUTRO Y USTED ES RENUNCIADO A SU JURADO O JUICIO JUDICIAL. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

By: Citrus Valley Medical Associates and Affiliated Providers

Firma del Médico o Representante Autorizado

By: _____

Firma del Paciente o del Representante del Paciente

By: Citrus Valley Medical Associates and Affiliated Providers

Escriba el nombre del médico o representante autorizado

By: _____

Escriba el nombre del paciente

Date: _____

Date: _____

 (Si el Representante Imprime el Nombre/Relación con el Paciente)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Citrus Valley Medical Associates, Inc.

Fecha Efectiva: March 1, 2018

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que brindamos y podemos recibir dichos registros de otros. Utilizamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de atención médica brinden atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios que se le brindan según lo permitido por su plan de salud y para que podamos cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para operar esta práctica médica de manera adecuada. La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida y notificar a las personas sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Este aviso describe cómo podemos usar 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, comuníquese con nuestro Oficial de privacidad mencionado anteriormente.

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

Esta práctica médica recopila información médica sobre usted y la almacena en un gráfico y en una computadora. Este es tu historial médico. El registro médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el expediente médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

- 1. Tratamiento.** Utilizamos información médica sobre usted para proporcionar su atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas que están involucradas en proporcionar la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de atención médica que proporcionarán servicios que no proporcionamos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para dispensar una receta a usted, o 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 lesionado.
- 2. Pago.** Utilizamos y divulgamos información médica sobre usted para obtener el pago de los servicios que proporcionamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información que requiere antes de que nos pague. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le han proporcionado.
- 3. Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y cualificaciones de nuestro personal profesional. O podemos usar y divulgar esta información para obtener su plan de salud para autorizar servicios o referencias. También podemos usar y divulgar esta información según sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluidos los programas de detección y cumplimiento de fraudes y abusos y la planificación y gestión de negocios. También podemos compartir su información médica con nuestro asociado", como nuestro servicio de facturación, que prestan servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales que contiene términos que los requieren para proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica. Aunque 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 compensación de atención médica o uno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe que todos los beneficiarios de la información de atención médica la divulguen aún más, excepto según lo exija específicamente o lo permita la ley. También podemos compartir su información con otros proveedores de

atención médica, centros de compensación de atención médica o planes de salud que tengan una relación con usted, cuando solicitan esta información para ayudarles con sus actividades de evaluación y mejora de la calidad, sus actividades de seguridad del paciente, sus esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, el desarrollo de protocolos, la gestión de casos o las actividades de coordinación de la atención, su revisión de la competencia, las cualificaciones y el desempeño de los profesionales de la salud, sus programas de formación, sus actividades de acreditación, certificación o licencia, sus actividades relacionadas con contratos de seguro de salud o beneficios de salud, o su atención médica y detección de abusos

- 4. Hoja de inicio de sesión.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted haciendo que inicie sesión cuando llegue a nuestra oficina. También podemos decir su nombre cuando estemos listos para verlo.
- 5. Notificación y Comunicación con la Familia.** Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su condición general o, a menos que nos haya indicado lo contrario, en caso de su muerte. En caso de desastre, podemos divulgar información a una organización de socorro para que puedan coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado con su cuidado o que ayude a pagar por su atención. Si usted puede y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de oponerse antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos divulgar esta información en un desastre incluso por su objeción si creemos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. Si no puede o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud utilizarán su mejor criterio en comunicación con su familia y otros.
- 6. Requerido por la Ley.** Según lo exija la ley, usaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley. Cuando la ley nos exija denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica, o responder a procedimientos judiciales o administrativos, o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, seguiremos cumpliendo con el requisito establecido a continuación en relación con esas actividades.
- 7. Salud Pública.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley a divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública para propósitos relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes; reportar violencia doméstica; reportar a la Administración de Alimentos y Medicamentos problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar la exposición a enfermedades o infecciones. Cuando reportamos sospechas de abuso de ancianos o adultos dependientes o violencia doméstica, le informaremos a usted o a su representante personal con prontitud a menos que en nuestro mejor juicio profesional, creemos que la notificación lo pondría en riesgo de daño grave o requeriría informar a un representante personal que creemos que es responsable del abuso o daño.
- 8. Actividades de supervisión de la salud.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley a divulgar su información de salud a las agencias de supervisión de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencia y otros procedimientos, sujeto a las limitaciones impuestas por la ley federal y de California.
- 9. Procedimientos Judiciales y Administrativos.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley, a divulgar su información médica en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por un tribunal u orden administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud y usted no se ha objetado, o si sus objeciones han sido resueltas por un tribunal o una orden administrativa.
- 10. Aplicación de la ley.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley, a divulgar su información médica a un funcionario de la ley para fines tales como la identificación de la localización de un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, el cumplimiento de una orden judicial, orden judicial, citación del gran jurado y otros propósitos de aplicación de la ley.
- 11. Los forenses.** Podemos, y a menudo estamos obligados por ley, a divulgar su información médica a los forenses en relación con sus investigaciones de muertes.
- 12. Seguridad Pública.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley, a divulgar su información médica a personas apropiadas con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.
- 13. Prueba de inmunización.** Divulgaremos una prueba de inmunización a una escuela donde la ley requiera que la escuela tenga dicha información antes de admitir a un estudiante si usted está de acuerdo con la divulgación en su nombre o de su dependiente.

14. **Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos divulgar su información médica con fines de seguridad militar o nacional o a instituciones correccionales u oficiales de la ley que lo tienen bajo su custodia legal.
15. **Compensación del Trabajador.** Podemos divulgar su información médica según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores. Por ejemplo, en la medida en que su atención esté cubierta por la compensación de los trabajadores, haremos informes periódicos a su empleador sobre su condición. También estamos obligados por ley a reportar casos de lesiones o enfermedades profesionales al empleador o a la aseguradora de compensación de trabajadores.
16. **Cambio de propiedad.** En el caso de que esta práctica médica se venda o se fusione con otra organización, su información/registro de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar que las copias de su información de salud sean transferidas a otro médico o grupo médico.
17. **Notificación de incumplimiento.** En caso de incumplimiento de información médica protegida no garantizada, le notificaremos según lo exija la ley. Si nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podemos usar el correo electrónico para comunicar información relacionada con la infracción. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede proporcionar la notificación. También podemos proporcionar una notificación por otros métodos según corresponda.

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

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, esta práctica médica, de acuerdo con sus obligaciones legales, no utilizará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si autoriza a esta práctica médica a usar o divulgar su información médica para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Sus derechos de información médica

1. **Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud mediante una solicitud escrita que especifique qué información desea limitar y qué limitaciones en nuestro uso o divulgación de esa información desea haber impuesto. Si nos dice que no divulguemos información a su plan de salud comercial con respecto a los artículos o servicios de atención médica por los que pagó en su totalidad de su bolsillo, cumpliremos con su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por motivos legales o de tratamiento. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le notificaremos nuestra decisión.
2. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que reciba su información médica de una manera específica o en una ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que enviemos información a una cuenta de correo electrónico en particular o a su dirección de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables enviadas por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.
3. **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica, con excepciones limitadas. Para acceder a su información médica, debe enviar una solicitud por escrito detallando a qué información desea acceder, si desea inspeccionarla u obtener una copia de esta, y si desea una copia, su formulario y formato preferidos. Le proporcionaremos copias en su formulario y formato solicitados si es fácilmente producible, o le proporcionaremos un formato alternativo que usted encuentre aceptable, o si no podemos estar de acuerdo y mantenemos el registro en un formato electrónico, su elección de un formato electrónico o impreso legible. También enviaremos una copia a otra persona que usted designe por escrito. Cobraremos una tarifa razonable que cubre nuestros costos por mano de obra, suministros, franqueo, y si se solicita y acepta por adelantado, el costo de preparar una explicación o resumen, según lo permitido por la ley federal y de California. Podemos denegar su solicitud en circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud de acceder a los registros de su hijo o a los registros de un adulto incapacitado que está representando porque creemos que permitir el acceso sería razonablemente probable que causase un daño sustancial al paciente, usted tendrá derecho a apelar nuestra decisión. Si rechazamos su solicitud de acceder a sus notas de psicoterapia, tendrá derecho a que las transfieran a otro profesional de salud mental.
4. **Derecho a Enmendar o Complementar.** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica que crea que es incorrecta o incompleta. Debe hacer una solicitud para enmendar por escrito e incluir las razones por las que cree que la información es inexacta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su información médica, y le proporcionaremos información sobre la denegación de esta práctica médica y cómo puede estar en desacuerdo con la

denegación. Podemos denegar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda), si no se le permitiría inspeccionar o copiar la información en cuestión, o si la información es precisa y completa tal cual. Si rechazamos su solicitud, puede presentar una declaración por escrito de su desacuerdo con esa decisión, y podemos, a su vez, preparar una réplica por escrito. También tiene derecho a solicitar que añadamos a su registro una declaración de hasta 250 palabras relacionadas con cualquier cosa en el registro que considere incompleta o incorrecta. Toda la información relacionada con cualquier solicitud de modificación o suplemento se mantendrá y divulgará junto con cualquier divulgación posterior de la información en disputa.

5. Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud hecha por esta práctica médica, excepto que esta práctica médica no tiene que tener en cuenta las divulgaciones que se le proporcionan o de conformidad con su autorización por escrito, o como se describe en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad o divulgaciones para fines de investigación o salud pública que excluyen los identificadores directos de los pacientes, o que sean incidentes a un uso o divulgación permitidos o autorizados por la ley, o las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en la medida en que esta práctica médica haya recibido una notificación de esa agencia u funcionario de que proporcionar esta contabilidad sería razonablemente probable que impidiera sus actividades.

6. Usted tiene derecho a informar de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, incluyendo el derecho a una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si previamente ha solicitado su recepción por correo electrónico.

Si desea tener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad que aparece en la parte superior de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

D. Cambios en este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice dicha modificación, la ley nos obliga a cumplir con este Aviso.

Después de realizar una modificación, el Aviso revisado de Protección de Privacidad se aplicará a toda la información médica protegida que mantengamos, independientemente de cuándo fue creada o recibida. Conservaremos una copia del aviso actual publicado en nuestra área de recepción, y una copia estará disponible en cada cita.

E. Quejas

Las quejas sobre este Aviso de prácticas de privacidad o cómo esta práctica médica maneja su información médica deben dirigirse al gerente del consultorio de su médico.

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

Region IX
Office for 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
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf.