



Nombre: _____

DOB: _____

Sexo: _____

Años: _____

PERFIL DEL PACIENTE

Información del paciente

Nombre del paciente: Primer: _____ Medio: _____ Último: _____ Núm. de Seguro Social (Social Security Number, SSN): _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro _____

E-M Correo electrónico: _____ Forma de contacto preferida: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Raza/etnia: Asiático Negro/afroestadounidense Caucásico Nativo americano Otro _____ No desea contestar

Religión: _____ Idioma: Inglés Español

Información de la farmacia

Farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Información del médico que refiere y del proveedor de cuidado primario (PCP)

¿Qué proveedor lo refirió a nuestra clínica hoy? Nombre: _____

¿Quién es su proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP)? Nombre: _____

¿Cómo supo de nosotros? Referencia del un médico Amigo / Familia TV, Radio, Cartelera, Publicidad impresa
 Redes sociales (Facebook) Asistió / escuchó un evento comunitario Conveniencia / Cerca de casa
 Dictado por el seguro Ninguno

Datos del Domicilio

Dirección principal: _____ depto., calle _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Dirección alternativa: _____ depto., calle _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Información de empleo

Ocupación: _____ Situación laboral: _____

Dirección _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Teléfono del empleador: _____

Información del garante (si no es por cuenta propia, complete)

Seguro Primario: _____ Identificación de miembro: _____ Grupo # _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

Seguro secundario: _____ Identificación de miembro: _____ Grupo # _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre: Último: _____ Primer: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ depto., calle _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre: _____

DOB: _____

Sexo: _____

Años: _____

Medicamentos

Alergias

Látex _____

Antecedentes médicos

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de infecciones graves	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Hipertensión/presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado o de coagulación	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Problemas del estómago o intestinales	<input type="checkbox"/> Otro diagnóstico médico
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	Diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Neumonía	
<input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco o ultrasonido	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	
<input type="checkbox"/> Cateterismo arterial o ultrasonido	<input type="checkbox"/> Ictericia	

¿Alguna vez le han tomado una mamografía? No Sí, fecha: _____

¿Alguna vez le han hecho una colonoscopia? No Sí, fecha : _____

¿Tiene un marcapasos? No Sí, fecha de la revisión más reciente: _____

Cirugías

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Antecedentes sociales

¿Actualmente fuma? No Sí, ¿cuánto al día o a la semana? _____

¿Fumó anteriormente? No Sí, ¿cuándo?: _____

¿Actualmente bebe alcohol? No Sí, ¿cuánto al día o a la semana? _____

¿Consume drogas ilícitas o recreativas? No Sí, ¿cuánto al día o a la semana? _____

Pain Assessment

¿Tienes dolor ahora? No Sí Califique su dolor encerrando en un círculo el número que mejor describa su dolor en el peor momento en las últimas 24 horas: _____ (1=bajo, 10=alto)

Nombre: _____

DOB: _____

Sexo: _____

Años: _____

Antecedentes familiares

Detalles de problemas del corazón o soplos: Relación: _____

Detalles de alergias: Relación: _____

Detalles de diabetes: Relación: _____

Detalles de tipo de cáncer: Relación: _____ Tipo: _____

Detalles de trastorno de sangrado: Relación: _____

Detalles de tipo de enfermedad: Relación: _____

Detalles de problemas con la anestesia: Relación: _____

Revisión de sistemas

Senos: Dolor en los senos Bulto Hoyuelos Secreción del pezón

Cardiaco: Dolor en el pecho Palpitaciones Edema o hinchazón

General: Escalofríos Fatiga Somnolencia diurna Pérdida de peso Aumento de peso

Endocrino: Enfermedad de tiroides Siente más calor que los demás Siente más frío que los demás

Ojos: Problemas de la vista Cambios en la vista

Gastrointestinal: Dificultad para tragar Dolor abdominal Sangrado rectal Irregularidad intestinal
 Heces con sangre Estreñimiento Diarrea Náuseas Vómitos Acidez estomacal

Gastro-urinario: Micción frecuente Micción dolorosa Sangre en la orina Problemas de próstata

Hematológico o linfático: Glándulas inflamadas Problemas de sangrado Sudor nocturno Desarrolla hematomas con facilidad

Piel: Sarpullido Urticaria Picazón Cambios en la piel o el cabello

Muscular: Dolores en las articulaciones Dolores musculares

Neurológico: Dolores de cabeza Pérdida del conocimiento Debilidad Adormecimiento Hormigueo

Respiratorio: Tos frecuente Tos con sangre Sibilancia Dificultad para respirar Neumonía Asthma

Alergia: Ambiental Crónica

Psicológico: Depresión Ansiedad o pánico



Nombre:

DOB:

Sexo:

Años:

Autorización para revelar o recibir información

Su información de salud está protegida por la "Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico" (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y, por tanto, no podemos discutir información personal con familiares o amigos, a menos que usted nos autorice.

Enumere los nombres de las personas con las que podemos hablar y qué relación tienen con usted. Infórmeles que deben poder confirmar su nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento antes de que se revele la información.

- 1. _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____
- 2. _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____
- 3. _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____
- 4. _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____
- 5. _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

Si tiene alguna pregunta, consulte el formulario de "Aviso de prácticas de privacidad" o pregúntele al personal de la oficina.

Gracias.

X

Firma del pacient

Fecha



Nombre:

DOB:

Sexo:

Años:

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

(Una copia será válida como el original)

Lea la siguiente información según se aplique a usted. Durante el curso de su cuidado, recibirá un comunicado del Alliance Cancer Center por los servicios prestados. Presentaremos todas las reclamaciones de seguros en nuestra oficina y las compañías de seguros nos enviarán directamente los pagos por nuestros servicios que le proporcionamos. También presentaremos cualquier seguro secundario si tiene otra cobertura.

Es posible que algunos servicios no estén cubiertos por su seguro, de los cuales usted será responsable. Además, los servicios solo están cubiertos mientras usted sea elegible de acuerdo con su plan de seguro.

Sin embargo, aceptaremos la cantidad permitida de Medicare por los servicios. Medicare paga el 80 % de los cargos elegibles y el paciente es responsable del 20 % restante, a menos que tenga un seguro secundario, que con gusto presentaremos. Todos los demás seguros pagan de acuerdo con el plan que usted tenga durante sus fechas elegibles, lo que puede dejar un saldo del cual usted puede ser responsable. Si tiene alguna pregunta con respecto a su plan, llame a su compañía de seguros. Queremos ayudarlo a comprender nuestros procedimientos de cobro y estaremos encantados de ayudarlo de cualquier manera que podamos. Si tiene alguna pregunta con respecto a su cuenta con nosotros, llame a nuestra oficina de cobro al 1-877-451-4959.

Es sumamente importante que nos mantenga informados sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro tan pronto como sea posible.

MEDICARE

Autorizo a Alliance Cancer Center a revelar cualquier información necesaria a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores con el fin de presentar reclamaciones. Solicito que los pagos de mi seguro se realicen directamente al Centro de Tratamiento de Cáncer en Hazleton por los servicios proporcionados y reconozco que soy responsable financieramente de cualquier saldo no pagado.

MEDICAID

Autorizo a Alliance Cancer Center a revelar cualquier información necesaria al intermediario o proveedor de Medicaid con el fin de presentar reclamaciones. Solicito que los pagos de mi seguro se realicen directamente a Alliance Cancer Center. Reconozco que soy responsable financieramente de cualquier servicio proporcionado en la fecha para la cual no soy elegible para Medicaid, así como cualquier cantidad de reducción de gastos.

ASEGURADORA

Autorizo a Alliance Cancer Center a revelar cualquier información necesaria a mi aseguradora con el fin de presentar reclamaciones. Autorizo que los pagos de mi seguro se realicen directamente a Alliance Cancer Center por los servicios proporcionados y reconozco que soy responsable financieramente de cualquier saldo no pagado.

X

Firma del paciente o representante autorizado

Relación con el paciente

Representante del médico

Fecha de la firma

Alliance Cancer Center no deniega beneficios o servicios debido a raza, color, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad, creencias religiosas o políticas.



Nombre: _____

DOB: _____

Sexo: _____

Años: _____

Revelación de expedientes

Por la presente autorizo a Primer: _____ Medio: _____ Último: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección principal: _____ depto., calle _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Por la presente autorizo a _____
Nombre del médico, institución o persona

Ubicado en: _____ ciudad _____ estado _____ código postal: _____

A revelar la información de salud protegida, incluida en el expediente médico del paciente mencionado anteriormente, a la siguiente institución:

1281 East Cottonwood Lane | Casa Grande, AZ 85122
520.876.0416 | 520.421.3474 fax
AllianceArizonaSurgery.com

Información que será revelada:

Fechas de tratamiento que serán reveladas: _____ a _____

Resultado de laboratorio Imágenes (solo reportes) Notas de la oficina Patología

Expedientes completos Otro: _____

Propósito de la revelación: Atención médica Otro: _____

Entiendo que una vez que se revele esta información de salud, la institución que la revele no puede garantizar que el destinatario no revele mi información de salud a un tercero. No se le puede exigir a dicho tercero que cumpla con esta autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la revelación de mi información de salud.

Entiendo que puedo negarme a firmar o revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y por cualquier motivo, y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento. Entiendo que esta autorización caducará 90 días después de la fecha de dicha autorización, a menos que proporcione un aviso de revocación por escrito a la institución que revela la información indicada anteriormente.

X

Firma del paciente o representante autorizado

Relación con el paciente



Nombre:

DOB:

Sexo:

Años:

DECLARACIÓN DE ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE DERECHOS Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La ley federal conocida como “Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico” (HIPAA) y la legislación de Pennsylvania nos obligan a mantener la privacidad de su información médica y de salud, también conocida como “información de salud protegida” (Protected Health Information, PHI).

Nuestro Aviso de derechos y prácticas de privacidad describe cómo se puede utilizar y revelar la información sobre usted y cómo puede usted tener acceso a esta información. Revíselo con cuidado. Cuando utilizamos o revelamos su información de salud protegida, debemos respetar los términos del aviso (o cualquier otro aviso vigente en el momento del uso o la revelación).

Tiene derecho a solicitar por escrito que restrinjamos la forma en que se utiliza o revela la información de salud protegida sobre usted. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, recibirá una confirmación por escrito de nuestra aceptación, a la cual estaremos obligados.

Su firma a continuación constituye su reconocimiento de que recibió una copia de nuestro Aviso de derechos y prácticas de privacidad y su consentimiento conforme a la ley de Arizona sobre los tipos de usos y revelaciones de PHI mencionados en nuestro aviso.

X

Firma del paciente

Fecha

Representante personal

Fecha

Relación con el paciente

Firma del intérprete

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISELO CON CUIDADO.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso de prácticas de privacidad, comuníquese con el funcionario de privacidad de Alliance al (949) 242-5854 o envíe un correo electrónico a privacy@alliancehealthcareservices-us.com

Se les exige por ley a Alliance HealthCare Services, Inc., a sus subsidiarios y a sus afiliados (en conjunto, "Alliance") mantener la privacidad de su información protegida de salud y proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información protegida de salud. También estamos obligados a cumplir con este Aviso de prácticas de privacidad. Podríamos cambiar sus términos en el futuro y el Aviso de prácticas de privacidad modificado entrará en vigor para toda la Información protegida de salud que se mantenga en esa fecha o posteriormente. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad más reciente, con sus modificaciones, está publicado en nuestro sitio web: www.alliancehealthcareservices-us.com. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad más reciente en su próxima cita, o puede pedirle a nuestro funcionario de privacidad que le envíe una copia impresa.

La **Información protegida de salud** es información sobre usted, que incluye información demográfica, que lo puede identificar y que se relaciona con los servicios de cuidado de la salud pasados, presentes o futuros. Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo Alliance puede usar y revelar su Información protegida de salud para las operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud. También analiza otros propósitos permitidos o exigidos por la ley. Además, este Aviso describe sus derechos de acceso y control de su Información protegida de salud.

1. Usos y revelaciones de su Información protegida de salud

Usos y revelaciones de rutina permitidos para operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud

Su Información protegida de salud se utilizará y revelará para ayudar con su atención y tratamiento, para garantizar que recibiremos el pago por los cargos y para apoyar nuestras operaciones administrativas.

Las descripciones y los ejemplos de estos usos y revelaciones de rutina permitidos incluyen:

Tratamiento: usaremos y revelaremos su Información protegida de salud para que podamos proporcionarle servicios y para permitirnos trabajar con otros que nos asistan con su atención. Por ejemplo, podemos revelar su Información protegida de salud a sus médicos para brindarles información necesaria para diagnosticar y tratar su condición. También podemos revelar su Información protegida de salud a otros, como farmacias, expedientes médicos y entidades de radiología, según sea necesario.

Pago: usaremos su Información protegida de salud para que podamos obtener el pago por nuestros servicios. Su aseguradora puede pedirnos revelar su Información protegida de salud antes o después de brindarle servicios. Esto puede incluir la determinación de elegibilidad, la verificación de los beneficios de su seguro, la determinación de la necesidad médica, la autorización previa y el cobro del seguro.

Operaciones de cuidado de la salud: usaremos su Información protegida de salud para proporcionarle servicios de manera eficiente y efectiva. Esto incluye la evaluación de calidad, la capacitación de empleados, el apoyo y mantenimiento de nuestros equipos y sistemas, la acreditación de la organización y la coordinación con nuestros socios comerciales y proveedores.

Específicamente, podemos revelar su Información protegida de salud a las instalaciones donde obtiene sus servicios para permitir el almacenamiento local de radiografías o expedientes de paciente. Antes de su cita, podemos comunicarnos con usted por teléfono para confirmar la hora y el lugar. Al momento de su cita, es posible que se le pida que se registre y lo llamaremos por su nombre cuando sea momento de atenderlo.

También podemos compartir su Información protegida de salud con socios comerciales terceros que realicen ciertas actividades (por ejemplo, cobros, servicios de transcripción, facturación y cobranza, etc.) en nuestro nombre. En estos casos, Alliance tendrá acuerdos por escrito establecidos para proteger la privacidad de su Información protegida de salud.

Posibles usos y revelaciones para los que no tiene la oportunidad de oponerse

También hay algunas circunstancias que exigen que Alliance use o revele su Información protegida de salud. Debemos hacer esto sin su autorización y usted no tendrá la oportunidad de oponerse.

Las situaciones generales incluyen:

Cuando lo exija la ley: podemos usar o revelar su Información protegida de salud en la medida limitada exigida por la ley. Usted recibirá una notificación, si lo exige la ley, de dichos usos o revelaciones.

Para demostrar nuestro cumplimiento: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos u otra agencia regulatoria puede exigirnos que revelemos su Información protegida de salud para que podamos demostrar nuestro cumplimiento con las leyes o si se sospecha un incumplimiento.

Las situaciones específicas incluyen:

Abuso o negligencia: de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos brindarle su Información protegida de salud a una agencia de salud pública, de autoridad civil o gubernamental cuando pueda haber ocurrido abuso, negligencia o violencia doméstica infantil si: 1) una ley exige la revelación, 2) usted está de acuerdo con la revelación, 3) una ley permite la revelación y la revelación es necesaria para prevenir posibles daños graves para usted o alguien más, o 4) una ley permite la revelación, usted no puede estar de acuerdo o en desacuerdo, la información es necesaria para una acción inmediata, y la información no se utilizará en su contra. Actividad criminal: podemos revelar su Información protegida de salud si creemos que el uso o la revelación es necesario para evitar o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Cumplimiento de la ley: podemos revelar Información protegida de salud con fines policiales. Estos fines incluyen 1) solicitudes de información limitada para identificación y ubicación de sospechosos, 2) identificación de víctimas o investigación de víctimas de un crimen, 3) sospecha de conducta criminal relacionada con una muerte, 4) investigación de un crimen ocurrido en nuestras instalaciones y 5) cuando ocurrió una emergencia médica fuera de nuestras instalaciones y hay posibilidades de que se haya cometido un crimen.

Nombre:

DOB:

Sexo:

Años:

Procedimientos legales: podemos revelar Información protegida de salud en procedimientos judiciales o administrativos, en respuesta a una orden judicial o audiencia administrativa (si se autoriza expresamente) y, en ciertas condiciones, en respuesta a un citatorio, una solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legal.

Salud pública: podemos revelar su Información protegida de salud a una autoridad de salud pública para actividades de salud pública como el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.

Enfermedades contagiosas: podemos revelar su Información protegida de salud a una persona que pueda haber estado expuesta a ciertas enfermedades contagiosas o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.

Supervisión de salud: podemos revelar Información protegida de salud a agencias de supervisión de salud, regulatorias y de acreditación para fines de auditoría, investigación e inspección.

Administración de Alimentos y Medicamentos: podemos revelar su Información protegida de salud según lo exija la Administración de Alimentos y Medicamentos para informar eventos adversos, defectos o problemas de productos, desviaciones de productos biológicos, rastrear productos (para permitir retirar, reparar o reemplazar productos) o para realizar actividades de supervisión.

Reclusos: si usted está en custodia, podemos revelar su Información protegida de salud a su institución correccional o a entidades de cumplimiento de la ley relacionadas con su atención, para garantizar la salud y la seguridad de otros relacionados con su custodia o institución, o para mantener la seguridad, la protección, la ley y el orden de las instalaciones.

Compensación de los trabajadores: podemos revelar su Información protegida de salud para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores y otros programas similares.

Actividades de seguridad nacional y militares: podemos revelar su Información protegida de salud a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de seguridad e inteligencia nacionales. Si está en las Fuerzas Armadas, podemos revelar su Información protegida de salud 1) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de mando, 2) para determinar la elegibilidad de beneficios por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos o 3) a una autoridad militar extranjera (si usted es un miembro de sus servicios militares).

Revelación relacionada con el empleo: podemos revelar su Información protegida de salud a su empleador si: 1) le brindamos servicios de cuidado de la salud a solicitud de su empleador para llevar a cabo una evaluación relacionada con la vigilancia médica del lugar de trabajo o para evaluar si tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, 2) su Información protegida de salud revelada consiste en resultados con respecto a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo o una vigilancia médica relacionada con el lugar de trabajo, 3) su empleador necesita dichos resultados para cumplir con sus obligaciones de acuerdo con las leyes aplicables para registrar dichas enfermedades o lesiones o para cumplir con las responsabilidades de vigilancia médica en el lugar de trabajo, y 4) le proporcionamos un aviso por escrito al momento de brindarle los servicios de cuidado de la salud de que la Información protegida de salud (Protected Health Information, PHI) relacionada con la vigilancia médica del lugar de trabajo y las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo se le revela a su empleador.

Inmunización de estudiante: podemos revelar su Información protegida de salud a una escuela si usted es un estudiante o un posible estudiante de la escuela, con respecto a la prueba de inmunización.

Posibles usos y revelaciones a los que podría oponerse

Si el uso o la revelación de su Información protegida de salud no se permiten de manera rutinaria o no se exigen legalmente, es posible que tenga la oportunidad de imponer limitaciones a su uso y revelación.

En concreto, usted puede limitar:

Revelación a miembros de la familia, parientes o representantes personales: a menos que pida limitaciones, podemos revelar su Información protegida de salud a miembros de su familia inmediata, a otros parientes o al responsable de la toma de decisiones sobre su cuidado de la salud designado legalmente. Limitaremos las revelaciones a la información relacionada directamente con su participación en el cuidado de la salud. Puede evitar esta revelación o puede pedir limitarla. También puede designar a alguien distinto de los mencionados arriba (como un amigo personal cercano) al que le podamos revelar su Información protegida de salud.

Si no puede expresar físicamente su objeción o limitación, procederemos como se especifica arriba si creemos que hacerlo es lo mejor para usted. Si un miembro de la familia, pariente o representante personal no está presente, podemos usar su Información protegida de salud para identificar a un representante. En caso de emergencias y desastres, podemos revelar su Información protegida de salud a las entidades autorizadas que ayudan en los esfuerzos de respuesta y socorro.

Recaudación de fondos

Su Información protegida de salud se puede utilizar y revelar en comunicaciones para recaudar fondos para Alliance, pero tiene derecho a elegir dejar de recibir dichas comunicaciones. Cualquier comunicación de recaudación de fondos dirigida a usted incluirá el mecanismo de exclusión.

Usos y revelaciones permitidos únicamente con su autorización por escrito

En situaciones que no están cubiertas arriba, el uso o la revelación de su Información protegida de salud ocurrirán solo con su autorización por escrito. Estos casos incluyen las solicitudes que le haga a Alliance, así como aquellas que recibamos de terceros. Por ejemplo, puede pedir que revelemos alguna o toda su Información protegida de salud a un abogado, asesor o conocido personal. De manera similar, Alliance puede recibir una solicitud de un tercero para revelar su Información protegida de salud. La mayoría de los usos y las revelaciones de las notas de psicoterapia (cuando corresponda), los usos y las revelaciones de su Información protegida de salud con fines de comercialización, y las revelaciones que constituyen una venta de su Información protegida de salud, requieren su autorización por escrito.

Además, ciertas leyes federales y estatales exigen protecciones de privacidad especiales para cierta información altamente confidencial sobre usted ("Información altamente confidencial"), incluido el subconjunto de su Información protegida de salud que: 1) se mantiene en notas de psicoterapia; 2) es acerca de servicios de salud mental y discapacidades del desarrollo; 3) es acerca de la prevención y el tratamiento del abuso de alcohol y drogas; 4) es acerca de pruebas, diagnósticos o tratamiento de VIH/SIDA; 5) es acerca de enfermedades contagiosas; 6) es acerca de pruebas genéticas; o 7) es acerca de agresión sexual. Para que podamos usar o revelar su Información altamente confidencial para algún propósito diferente a los permitidos por la ley, debemos obtener su autorización por escrito.

Puede revocar su autorización, por escrito, si cambia de opinión. Si cambia de opinión, su revocación solo entrará en vigor en la medida en que no hayamos confiado previamente en su revocación al hacer revelaciones de su Información protegida de salud.

Nombre:

DOB:

Sexo:

Años:

2. Sus derechos - Estos son sus derechos de privacidad y cómo puede ejercerlos:

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso. Puede obtener una copia de este Aviso en el momento de su cita o puede comunicarse con nuestro funcionario de privacidad en cualquier momento para pedir que le envíe una copia.

Tiene derecho a examinar y a copiar su Información protegida de salud. Puede revisar y recibir una copia de su Información protegida de salud que se incluye en nuestro Conjunto de registros designados durante el tiempo que mantengamos los registros. Un Conjunto de registros designados contiene registros médicos, de cobros y de cualquier otro tipo que Alliance utilice para tomar decisiones clínicas y financieras sobre usted.

Las solicitudes para examinar u obtener sus registros se deben presentar por escrito en un formulario de solicitud de registro a nuestro funcionario de privacidad. Puede pedir acceso al archivo de su expediente médico y los registros de cobros que mantenemos para examinar y solicitar copias de los registros. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros. Si mantenemos su Información protegida de salud en uno o más Conjuntos de registros designados de forma electrónica y si solicita una copia electrónica de su Información protegida de salud, le proporcionaremos una copia de su Información protegida de salud en la forma y el formato electrónico que usted pida, si se puede producir fácilmente en dicha forma y formato; o, si no, en una forma y formato electrónico legible según lo acordado entre usted y nosotros. Si nos proporciona instrucciones claras, evidentes y específicas, le enviaremos una copia de su Información protegida de salud (impresa o electrónica) directamente a otra persona que haya elegido. Podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo por cualquier copia solicitada.

Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su Información protegida de salud. Si está en desacuerdo con cualquier Información protegida de salud que se mantenga en nuestro Conjunto de registros designados, puede solicitar por escrito a nuestro funcionario de privacidad que la cambiemos durante el tiempo que la mantengamos. No se le exige a Alliance realizar los cambios que usted solicite. Si se deniega su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nuestro funcionario de privacidad y podemos preparar una refutación. Se le proporcionará una copia de cualquier refutación; se incluirán copias de la correspondencia relacionada con su Información protegida de salud. Si no presenta una declaración de desacuerdo, puede solicitar que le brindemos su solicitud de modificación y la negación con cualquier revelación futura de la PHI que sea objeto de la modificación.

Tiene derecho a solicitar la forma en que le brindamos las comunicaciones confidenciales. Puede pedir un manejo especial para la comunicación de asuntos confidenciales. Todas esas solicitudes se deben enviar por escrito a nuestro funcionario de privacidad. Alliance admitirá las solicitudes razonables y no le pediremos que proporcione una razón o explicación para su solicitud. Podemos, como una condición de nuestro acuerdo, solicitarle que brinde información de contacto adicional u otra garantía con respecto al pago de sus cargos de cuidado de la salud.

Tiene derecho a solicitar restricciones relacionadas con su Información protegida de salud. Puede solicitar restricciones en el uso o la revelación de su Información protegida de salud. Las solicitudes deben ser por escrito y especificar 1) la restricción específica solicitada y 2) a quién desea aplicarla. Antes y durante su cita, puede hacer la solicitud a cualquier empleado de Alliance con el que se comuniqué. Después de su cita, las solicitudes de restricción se deben remitir a nuestro funcionario de privacidad.

Alliance no está obligado a aceptar todas las solicitudes de restricción. Si aceptamos la restricción, no usaremos ni revelaremos su Información protegida de salud en violación de la restricción a menos que sea necesario proveerle tratamiento de emergencia. La restricción entrará en vigor después de que se haya aprobado. Una restricción que aceptemos no entrará en vigor para evitar cualquier uso o revelación especificada en la sección de arriba, "Posibles usos y revelaciones para los que no tiene la oportunidad de oponerse".

Con su solicitud por escrito, y excepto que la ley exija lo contrario, Alliance restringirá las revelaciones de la Información protegida a un plan de salud con el fin de realizar pagos o para operaciones de cuidado de la salud (pero no para llevar a cabo el tratamiento) siempre que la Información protegida de salud pertenezca solamente a un elemento o servicio del cuidado de la salud para el cual usted, o la persona que actúa en su nombre (que no sea el plan de salud), haya pagado a Alliance de su bolsillo en su totalidad.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas revelaciones que hayamos realizado, si corresponde, de su Información protegida de salud. Su solicitud se debe enviar por escrito a nuestro funcionario de privacidad. El informe excluye las revelaciones por tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud como se describe en este Aviso. También excluye revelaciones que podamos haberle hecho a usted, a los miembros de su familia o a representantes designados. También podrían aplicarse otras excepciones, restricciones y limitaciones. El informe cubrirá un periodo máximo de seis años. Puede solicitar un periodo más corto para el informe. Después de la primera solicitud de informe dentro de un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo.

Tiene derecho a ser notificado sobre una infracción de su Información protegida de salud no segura. Alliance le notificará por escrito sobre cualquier infracción (es decir, una adquisición, acceso, uso o revelación sin autorización) de su Información protegida de salud no segura (es decir, sin encriptar).

3. Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad fueron violados, puede presentar una queja tanto ante Alliance como ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Alliance apoya su derecho de presentar una queja y no tomará ninguna acción adversa en su contra por hacerlo.

Para presentar una queja ante Alliance o para obtener información adicional sobre el proceso de queja, comuníquese con el funcionario de privacidad de Alliance al (949) 242-5854 o envíe un correo electrónico a privacy@alliancehealthcareservices-us.com.

Para presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, comuníquese con:

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F HHH Bldg.
Washington, DC 20201

Este Aviso se publicó y entró en vigor el 23 de agosto de 2013