



Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Perfil del Paciente

Información del Paciente

Nombre del Paciente: Apellido: _____ Nombre de Pila: _____ 2.º Nombre: _____ SSN: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero/a Casado Divorciado Viudo
 Otro: _____

Correo Electrónico: _____ Método de Contacto Preferido: _____

Números de Teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Principal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Dirección Alternativa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Raza/Grupo Étnico: Asiático Negro/Afroamericano Caucásico Hispano Nativo Americano Otro: _____
 Se Niega a Responder

Religión: _____ Idioma: Inglés Español Otro: _____

Información de la Farmacia

Farmacia: _____ Ciudad: _____ Número Telefónico de la Farmacia: _____

Información Sobre el Médico Remitente y el Proveedor de Atención Primaria (PCP)

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

¿Quién es su proveedor de atención primaria (PCP)? Nombre: _____

¿Cómo supo de nosotros? Remisión de un Médico Amigo/Familiar TV, Radio, Cartelera, Anuncio Impreso Redes Sociales (Facebook) Asistí a un Evento Comunitario o lo Escuché Ahí Conveniencia/Cerca de Casa Requerido por el Seguro Ninguno

Información de Empleo

Discapacitado Empleado Jubilado Empleado por Cuenta Propia Estudiante Desempleado Otro: _____

Información del Seguro

Seguro Principal: _____ ID de Afiliado: _____ N.º de Grupo _____

Nombre del Afiliado: _____ Relación: _____

Seguro Secundario: _____ ID de Afiliado: _____ N.º de Grupo _____

Nombre del Afiliado: _____ Relación: _____

Información del Contacto de Emergencia

Nombre: Apellido: _____ Nombre de Pila: _____ Relación: _____

Números de Teléfono: Hogar: _____ Celular: _____



Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Razón de la Visita: _____

Medicamentos

Alergias

Historia Clínica

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cateterismo o Ultrasonografía Cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas con la anestesia | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión Sanguínea Alta | <input type="checkbox"/> Cateterismo o Ultrasonografía Arterial | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Problemas de Infecciones Graves | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales o Intestinales | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Trastorno de Sangrado/Coagulación | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual |
| <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular | | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Otro Diagnóstico Médico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | | | _____ |

- ¿Alguna vez le realizaron la mamografía? No Sí; fecha: _____
- ¿Alguna vez le realizaron la colonoscopia? No Sí; fecha: _____
- ¿Tiene un marcapaso? No Sí; fecha de la revisión más reciente: _____

Operaciones

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Procedimiento: _____ Fecha: _____

Historial Social

- ¿Fuma actualmente? No Sí; ¿qué cantidad por día/semana? _____
- ¿Fumó en el pasado? No Sí; ¿cuándo? _____
- ¿Bebe alcohol? No Sí; ¿qué cantidad por día/semana? _____
- ¿Usa drogas ilícitas/recreativas? No Sí; ¿qué cantidad por día/semana? _____

Evaluación del Dolor

- ¿Tiene dolor ahora? No Sí
- Nivel de dolor que mejor describe su peor dolor en las últimas 24 horas: _____ (1 = bajo, 10 = alto)

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Historial Familiar

Problemas/Soplos Cardíacos	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Paterna
Alergia	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Paterna
Diabetes	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Paterna
Cáncer	Relación: _____ Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Paterna
Trastorno de Sangrado	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Paterna
Tipo de Enfermedad	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Paterna

Síntomas Actuales: Marque Todo lo que Sea Aplicable

Mamas: Bulto/Masa Descarga del Pezón Inversión del Pezón Dolor

Cardiovasculares: Dolor en el Pecho Edema/Inflamación Palpitaciones

Síntomas Generales/Constitucionales: Fatiga (Cansancio) Sudoración Nocturna Escalofríos Cambios de Peso

Endocrinos: Enfermedad de la Tiroides

Ojos: Problemas de la Vista Cambios de la Vista

Gastrointestinales: Dolor Abdominal Estreñimiento Diarrea Acidez Hemorroides Sangrado Rectal
 Náusea Dolor/Cólico Vómito

Genitourinarios: Micción Frecuente Micción Dolorosa/Disuria Hinchazón del Escroto

Hematológicos/Linfáticos: Facilidad de Formación de Moretones Glándulas Inflamadas Problemas de Sangrado

Piel/Integumentarios: Sarpullido Ronchas Picazón Cambios del Cabello Cambios de la Piel

Musculares: Dolores en Articulaciones Debilidad Muscular

Neurológicos: Dolor de Cabeza Pérdida del Conocimiento Debilidad Entumecimiento Hormigueo

Respiratorios: Tos Tos con Sangre Jadeos Dificultad para Respirar Asma

Alergias: Ambientales Crónicas

Psicológicos: Depresión Ansiedad o Pánico

El paciente abajo firmante, _____ (Nombre del Paciente), por este medio consiente al examen, tratamiento, procedimientos y servicios brindados por profesionales acreditados de Alliance Surgery Arizona, incluido el tratamiento de emergencia.

X _____
Firma del Paciente o su Representante Autorizado Fecha de la Firma



Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Autorización Para Divulgar/Recibir Información

El uso y la divulgación de su "Información Médica Protegida" (Protected Health Information, PHI) personal están regulados por la "Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud" (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. De acuerdo con las normas de la HIPAA, no se nos permite conversar sobre su Información Médica Protegida con su familia o amigos, a menos que usted nos permita hacerlo. Abajo puede designar a familiares o amigos con quienes nos autoriza comentar su Información Médica Protegida. Puede cancelar en cualquier momento su autorización si cambia de idea. Consulte información adicional sobre cómo cancelar su autorización y otros usos y divulgaciones permitidos de su PHI en nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Indique los nombres de las personas con las que nos permite hablar y su relación con ellas. Hágalas saber que se requerirá que demuestren su identidad y que verifiquen *su* nombre, número del seguro social y fecha de nacimiento antes de que se les pueda divulgar información.

- 1. _____ Relación: _____ Teléfono: _____
- 2. _____ Relación: _____ Teléfono: _____
- 3. _____ Relación: _____ Teléfono: _____
- 4. _____ Relación: _____ Teléfono: _____
- 5. _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Si tiene preguntas, consulte el formulario "Aviso de Prácticas de Privacidad" o pregunte al personal del consultorio.

Gracias.

X

Firma del Paciente

Fecha



Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Autorización Para Divulgar Información y Asignación de Beneficios

(Una copia será válida como el original)

Lea la información siguiente, según se aplique a usted. Durante su atención, usted recibirá de Alliance Surgery Arizona un estado de los servicios brindados. Presentaremos todas las reclamaciones al seguro en nuestra oficina, y las compañías de seguros nos enviarán directamente los pagos de los servicios brindados a usted. También presentaremos reclamaciones a cualquier seguro secundario si tiene otra cobertura.

Usted será responsable de cualquier servicio que no cubra su seguro. Los servicios solo están cubiertos siempre y cuando usted sea elegible, de acuerdo con su plan de seguro.

Aceptaremos el monto que permite Medicare por los servicios; pero Medicare paga 80% de los cargos elegibles y el paciente es responsable del 20% restante, a menos que tenga un seguro secundario, ante el cual presentaremos gustosos la reclamación en su nombre. Todos los demás pagos de seguros serán de acuerdo con el plan que tenga durante sus fechas elegibles, lo que podría dejar un saldo del que usted será responsable. Llame a su compañía de seguros si tiene preguntas acerca de su plan. Queremos ayudarle a entender nuestros procedimientos de facturación y le asistiremos con gusto de todas las maneras posibles. Llame a nuestra oficina de facturación, al 1-877-451-4959, si tiene preguntas sobre su cuenta con nosotros.

Es muy importante que nos mantenga informados a la brevedad posible sobre los cambios en su cobertura de seguro.

MEDICARE

Autorizo que Alliance Surgery Arizona divulgue toda la información necesaria a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradoras para la presentación de reclamaciones. Solicito que mis pagos del seguro se hagan directamente a Alliance Surgery Arizona por los servicios brindados y reconozco que soy financieramente responsable de cualquier saldo no pagado.

MEDICAID

Autorizo que Alliance Surgery Arizona divulgue toda la información necesaria al intermediario o a la aseguradora de Medicaid para la presentación de reclamaciones. Solicito que los beneficios se paguen directamente a Alliance Surgery Arizona. Reconozco que soy financieramente responsable de todo servicio brindado en cualquier fecha respecto al cual no sea elegible según Medicaid, así como de montos relacionados con la reducción de mis activos.

ASEGURADORA

Autorizo que Alliance Surgery Arizona divulgue toda la información necesaria a mi aseguradora para la presentación de reclamaciones. Solicito que mis pagos del seguro se hagan directamente a Alliance Surgery Arizona por los servicios brindados y reconozco que soy financieramente responsable de cualquier saldo no pagado.

X

Firma del Paciente o su Representante Autorizado

Relación con el Paciente

Representante del Médico

Fecha de la Firma

Alliance Surgery Arizona no niega beneficios o servicios a causa de la raza, color de la piel, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencias religiosas o políticas.



Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Divulgación de Registros

Nombre del Paciente: Apellido: _____ Nombre de Pila: _____ 2.º Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Por este medio autorizo que: _____
Nombre del Médico, Centro, o Persona

Ubicado en: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

divulgue la Información Médica Protegida contenida en el registro médico del paciente al centro siguiente:

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

Información que se Divulgará:

Fechas del Tratamiento que se Divulgará: De _____ a _____

Resultado de Laboratorio Imágenes (Solo Informes) Notas del Consultorio Patología

Registros Completos Otro: _____

Propósito de la Divulgación: Atención Médica Otro: _____

Entiendo que, una vez divulgada esta información médica, la institución que la divulga no puede garantizar que el receptor no divulgará de nuevo mi información médica a un tercero. Es posible que dicho tercero no esté obligado a apegarse a esta autorización o las leyes federales y estatales aplicables, que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

Entiendo que me puedo negar a firmar o puedo cancelar por escrito esta autorización, en cualquier momento y por cualquier razón, y que tal negativa o cancelación no afectará el comienzo, la continuidad o la calidad de mi tratamiento. Entiendo que esta autorización vencerá 90 días después de la fecha de esta autorización, a menos que proporcione un aviso de cancelación escrito a la institución divulgadora indicada arriba.

X

Firma del Paciente o su Representante Autorizado

Relación con el Paciente



Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Aviso de Derechos y Prácticas de Privacidad Declaración de Reconocimiento

La ley federal conocida como "Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud" (HIPAA) y las leyes de Arizona requieren que mantengamos la privacidad de su información médica y de salud, también conocida como "Información Médica Protegida" (PHI).

En nuestro Aviso de derechos y prácticas de privacidad, se describe cómo se podría usar y divulgar información sobre usted y cómo puede tener acceso a dicha información. Revíselo cuidadosamente. Cuando usamos o divulgamos su Información Médica Protegida, estamos obligados a acatar los términos del Aviso (o de cualquier otro aviso que esté vigente al momento del uso o divulgación).

Tiene el derecho a solicitar por escrito que restringimos cómo se usa o divulga su Información Médica Protegida. Aunque no estamos obligados a aceptar tal restricción, si lo hacemos recibirá una confirmación por escrito de nuestra aceptación, que estaremos obligados a cumplir.

Su firma abajo indica su reconocimiento de que ha recibido una copia de nuestro Aviso de derechos y prácticas de privacidad y su consentimiento, conforme a las leyes de Arizona, a los tipos de usos y divulgaciones de Información Médica Protegida 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

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

La **“Información Médica Protegida”** es información sobre usted que permite identificarlo, incluida la demográfica, y que se relaciona con sus servicios de atención médica pasados, presentes y futuros. En este Aviso de prácticas de privacidad, se describe cómo Alliance podría usar y divulgar su Información Médica Protegida para actividades de tratamiento, pago y atención médica. También explica otros propósitos que se permiten o requieren por ley. Asimismo, en este aviso se describe su derecho al acceso y control de su Información Médica Protegida.

Alliance HealthCare Services, Inc. y sus subsidiarias y filiales (conjuntamente, **“Alliance”**) están obligadas a mantener la privacidad de su Información Médica Protegida y proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y ráticas de privacidad relativas a su Información Médica Protegida. También se requiere que cumplamos con este Aviso de Prácticas de Privacidad. Podemos cambiar sus términos en el futuro, y el Aviso de Prácticas de Privacidad revisado entrará en efecto para toda la Información Médica Protegida que se mantenga a partir de tal fecha. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad más actualizado, con sus enmiendas, se publica en nuestro sitio web, en www.AllianceHealthCareServices-us.com. También podría obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad más actualizado en su cita siguiente o solicitar a nuestro Funcionario de Privacidad que le envíe una copia impresa.

Si tiene preguntas sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Alliance al (949) 242-5854 o envíe un mensaje de correo electrónico a Privacy@AllianceHealthCareServices-us.com.

1. Usos y Divulgaciones de su Información Médica Protegida

Usos y Divulgaciones Rutinarias Permitidas para Actividades de Tratamiento, Pago, y Atención Médica

Su Información Médica Protegida se usará y divulgará para apoyar sus cuidados y tratamientos, asegurarnos de que recibiremos el pago de los cargos realizados y apoyar nuestras operaciones administrativas.

Entre las descripciones y ejemplos de estos usos rutinarios y divulgaciones permitidos, se incluyen:

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su Información Médica Protegida para que podamos proporcionarle servicios y trabajar con otros que nos auxilian en su atención. Por ejemplo, podríamos divulgar su Información Médica Protegida a sus médicos para darles la información necesaria a fin de diagnosticar y tratar su trastorno. También podríamos divulgar su Información Médica Protegida a otros, entidades de farmacias, registros médicos y radiología, según sea necesario.

Pago: Usaremos su Información Médica Protegida de modo de que podamos obtener el pago de nuestros servicios. Su aseguradora podría requerir que divulguemos su Información Médica Protegida antes o después de los servicios brindados. Esto podría incluir la determinación de elegibilidad, verificación de sus beneficios de seguro, determinación de la necesidad médica, autorización previa y facturación al seguro.

Operaciones de Atención Médica: Usaremos su Información Médica Protegida para brindarle servicios eficaz y eficientemente. Esto incluye la evaluación de la calidad, capacitación de empleados, soporte y mantenimiento de nuestros equipos y sistemas, acreditación de la organización y coordinación con nuestros socios comerciales y proveedores.

De manera específica, podríamos divulgar su Información Médica Protegida al centro donde recibe sus servicios, para permitir el almacenamiento local de películas de imágenes diagnósticas o registros del paciente. Antes de su cita, podríamos contactarlo telefónicamente para confirmar su hora y sitio. Al momento de su cita, se le podría pedir que registre su entrada y podríamos llamarlo por su nombre cuando sea el momento de atenderlo. También podríamos compartir su Información Médica Protegida con socios comerciales externos que realicen ciertas actividades (p. ej., facturación, servicios de transcripción, facturación y cobros, etc.) en nuestro nombre. En tales casos, Alliance contará con acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su Información Médica Protegida.

Usos y Divulgaciones Posibles que no Puede Objetar

Algunas circunstancias requieren que Alliance use divulgue su Información Médica Protegida. Debemos hacerlo sin su autorización y no tendrá la oportunidad de objetarlo.

Las situaciones generales incluyen:

Cuando así lo Requiera la Ley: Podríamos usar o divulgar su Información Médica Protegida en la medida limitada en que lo requiera la ley. Se le notificará, si lo requiere la ley, sobre tales usos y divulgaciones.

Demstrar Nuestro Cumplimiento: El Departamento de Salud y Servicios Humanos u otra agencia normativa podrían requerir que divulguemos su Información Médica Protegida para que demostremos nuestro cumplimiento de las leyes o cuando haya presunción de su incumplimiento.

Las situaciones específicas incluyen:

Maltrato o Negligencia: En congruencia con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su Información Médica Protegida a una agencia de salud pública, autoridad civil o agencia gubernamental cuando podrían haber ocurrido maltrato infantil, negligencia o violencia doméstica, si: 1) la ley requiere tal divulgación; 2) usted está de acuerdo con la divulgación; 3) la ley permite la divulgación y esta es necesaria para evitar posibles lesiones graves a usted o a otra persona, o 4) la ley permite la divulgación, usted no puede aceptarla o rechazarla, la información es necesaria para realizar una acción inmediata y la información no se usará en su contra.

Actividad Delictiva: Podríamos divulgar su Información Médica Protegida si creemos que su uso o divulgación son necesarios para evitar o reducir una amenaza grave e inminente a la salud de una persona o del público en general.

Por Razones del Orden Público: Podríamos divulgar la Información Médica Protegida para propósitos del orden público. Estos propósitos incluyen: 1) peticiones de información limitada para identificación y ubicación de sospechosos; 2) identificación de víctimas o investigación de víctimas de un delito; 3) presunción de conducta delictiva relacionada con una muerte; 4) investigación de un delito que ocurrió en nuestras instalaciones, y 5) cuando ha sucedido una emergencia médica fuera de nuestras instalaciones y es probable que se haya cometido un delito.

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Acciones Judiciales: Podríamos divulgar la Información Médica Protegida en acciones judiciales o administrativas, en respuesta a una orden judicial o una audiencia administrativa (si está autorizado expresamente) y, bajo ciertas condiciones, en respuesta a un citatorio, petición de descubrimiento de pruebas o algún otro proceso legal.

Salud Pública: Podríamos divulgar su Información Médica Protegida a una autoridad de salud pública para actividades de salud pública, como el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.

Enfermedades Contagiosas: Podríamos divulgar su Información Médica Protegida a una persona que podría haber estado expuesta a ciertas enfermedades contagiosas o podría estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o trastorno.

Supervisión Sanitaria: Podríamos divulgar la Información Médica Protegida a agencias de supervisión sanitaria, normativas y de acreditación, para propósitos como las auditorías, investigaciones e inspecciones.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podríamos divulgar su Información Médica Protegida según lo requiera la FDA para informar sobre eventos adversos, defectos o problemas con productos, desviaciones biológicas de productos, seguimiento de productos (para permitir retiros del mercado, reparaciones o reemplazos de producto, o para la realización de actividades de supervisión.

Presos: Si está detenido, podríamos divulgar su Información Médica Protegida a su establecimiento correccional o a entidades de orden público relacionadas con su atención, para garantizar la salud y seguridad de otras personas relacionadas con su detención o institución, o para mantener la seguridad, prevención de riesgos, ley y orden del establecimiento.

Indemnización por Accidentes Laborales: Podríamos divulgar su Información Médica Protegida para cumplir con las leyes de indemnización por accidentes laborales y otros programas similares.

Actividades Militares y de Seguridad Nacional: Podríamos divulgar su Información Médica Protegida a oficiales federales autorizados a realizar actividades de seguridad nacional e inteligencia. Si es miembro de las fuerzas armadas, podríamos divulgar su Información Médica Protegida: 1) para actividades que consideren necesarias las autoridades de comando; 2) para la determinación de la elegibilidad de beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos, o 3) a una autoridad militar de otro país (si usted es miembro de las fuerzas armadas de dicho país).

Usos y Divulgaciones Posibles que Podría Objetar

Divulgación Relacionada con el Empleo: Podríamos divulgar su Información Médica Protegida a su empleador si: 1) le proporcionamos servicios de atención médica a petición de su empleador para una evaluación relacionada con la supervisión médica del lugar de trabajo o para evaluar si tiene una enfermedad o lesión relacionadas con el trabajo; 2) su Información Médica Protegida que se divulga consiste en hallazgos referentes a una enfermedad o lesión relacionadas con el trabajo o con la supervisión médica relacionada con el lugar de trabajo; 3) su empleador necesita tales hallazgos para cumplir con sus obligaciones conforme a las leyes aplicables de registro de tales enfermedades o lesiones en el desempeño de sus responsabilidades de supervisión médica del lugar de trabajo, y 4) le proporcionamos un aviso por escrito al momento de brindarle servicios de atención médica en el que se indique que se divulgará a su empleador la PHI relacionada con la supervisión médica del lugar de trabajo y con lesiones relacionadas con el trabajo.

Vacunación de Estudiantes: Podríamos divulgar su Información Médica Protegida a una escuela si es un estudiante o potencial estudiante de dicha escuela, en cuanto a la evidencia de vacunaciones.

Si el uso o divulgación de su Información Médica Protegida no se permite de manera rutinaria o no se requiere legalmente, podría tener la oportunidad de imponer limitaciones respecto a su uso y divulgación.

Específicamente, podría limitar lo siguiente:

Divulgación a Miembros de su Familia, parientes o representantes personales: A menos que solicite limitaciones, podríamos divulgar su Información Médica Protegida a miembros de su familia inmediata, otros parientes o su tomador de decisiones de atención médica designado legalmente. Limitaremos las divulgaciones a información relacionada directamente con la participación que tengan en su atención médica. Usted podría impedir esta divulgación o tratar de limitarla. También podría designar a alguien diferente de las personas indicadas arriba (por ejemplo, un amigo personal cercano), a quien podríamos divulgar su Información Médica Protegida.

Si no puede expresar su objeción o limitación físicamente, procederemos como se indica más arriba si creemos que hacerlo es lo mejor para usted. Si no está presente un miembro de la familia, pariente o representante personal, podríamos usar su Información Médica Protegida para identificar a un representante. En caso de emergencias y desastres, podríamos divulgar su Información Médica Protegida a entidades autorizadas que asisten en los esfuerzos de respuesta y socorro.

Recaudación de Fondos

Su Información Médica Protegida se podría usar y divulgar para comunicados cuyo fin sea recaudar fondos para Alliance; pero tiene derecho a optar por no recibir tales comunicados. Todo comunicado sobre recaudación de fondos de este tipo incluirá el mecanismo para optar por su exclusión.

Usos y Divulgaciones Permitidos Solo con su Autorización por Escrito

En situaciones no cubiertas más arriba, el uso o la divulgación de su Información Médica Protegida solo ocurrirá con su autorización por escrito. Estos casos podrían incluir solicitudes que haga a Alliance y las que pudiéramos recibir de terceros. Por ejemplo, podría solicitar que divulguemos en parte o toda su Información Médica Protegida a un abogado, consultor o conocido personal. De manera similar, Alliance podría recibir una solicitud de un tercero relativa a divulgar su Información Médica Protegida. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando sea apropiado), usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida para propósitos de mercadotecnia y divulgaciones que constituyan una venta de su Información Médica Protegida requieren su autorización por escrito.

Además, ciertas leyes federales y estatales requieren protecciones especiales de privacidad para cierta "Información Altamente Confidencial" sobre usted, incluido el subconjunto de su Información Médica Protegida: 1) mantenida en notas de psicoterapia; 2) de servicios de salud mental y de discapacidades del desarrollo; 3) de prevención y tratamiento del alcoholismo y la drogadicción; 4) de pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA; 5) de enfermedades contagiosas; 6) de pruebas genéticas, o 7) sobre agresiones sexuales. Debemos obtener su autorización escrita a fin de que podamos usar o divulgar su información altamente confidencial para un propósito que no sea uno de los permitidos por la ley.

Puede cancelar en cualquier momento su autorización si cambia de idea. Si cambia de parecer, su cancelación solo entrará en vigor en la medida en que no nos hayamos basado antes de su cancelación al divulgar su Información Médica Protegida.

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

2. Sus Derechos – Estos Son Sus Derechos a la Privacidad y Cómo Puede Ejercerlos:

Tiene el derecho a obtener una copia impresa de este Aviso. Podría obtener una copia de este Aviso al momento de una cita o comunicarse con nuestro Funcionario de Privacidad en cualquier momento para solicitarle que le envíe una copia.

Tiene el derecho a inspeccionar y copiar su Información Médica Protegida. Podría revisar su Información Médica Protegida contenida en nuestro conjunto de registros designados mientras conservemos dichos registros y recibir una copia de ella. Un conjunto de registros designados contiene registros médicos, de facturación y cualquiera otro que usa Alliance para tomar decisiones clínicas y financieras respecto a usted.

Las peticiones para inspeccionar u obtener sus registros se deben presentar por escrito en un formulario de solicitud de registros a nuestro Funcionario de Privacidad. Podría solicitar el acceso a su archivo de registros médicos y de facturación que mantenemos para inspeccionar y solicitar copias de dichos registros. Bajo circunstancias limitadas, podríamos negarle el acceso a una porción de sus registros. Si mantenemos su Información Médica Protegida electrónicamente en uno o más conjuntos de registros designados y solicita una copia electrónica de su Información Médica Protegida, le proporcionaremos una copia electrónica de la Información Médica Protegida con el formato que solicite, si es fácil producirla en tal forma y formato; o, de no ser así, en forma y formato electrónico legible, como hayamos acordado usted y nosotros. Si nos proporciona instrucciones claras, obvias y específicas, enviaremos directamente una copia de su Información Médica Protegida (copia impresa o electrónica) a otra persona que usted elija. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en costos por cualquier copia solicitada.

Tiene el derecho a solicitar que enmendemos su Información Médica Protegida. En caso de estar en desacuerdo con cualquier tipo de Información Médica Protegida que mantengamos en nuestro conjunto de registros designados, podría solicitar por escrito al Funcionario de Privacidad que la modifiquemos durante el tiempo que la mantengamos. Alliance no está obligada a realizar los cambios que usted solicite. Si se rechaza su petición, tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro Funcionario de Privacidad, y nosotros podríamos preparar una refutación. Recibirá una copia de cualquier refutación; se incluirán copias de la correspondencia relacionada junto con su Información Médica Protegida. Si no presenta una declaración de desacuerdo, podría solicitar que proporcionemos su solicitud de enmienda y rechazo con las divulgaciones futuras de su Información Médica Protegida que sean la materia de la enmienda.

Tiene el derecho a solicitar cómo le proporcionaremos las comunicaciones confidenciales. Podría solicitar un manejo especial de la comunicación relativa a asuntos confidenciales. Todas las peticiones de este tipo se deben presentar por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad. Alliance aceptará peticiones razonables y no requeriremos que nos indique la razón o una explicación de su petición. Podríamos requerir como condición de nuestra aceptación que usted proporcione información de contacto adicional u otras garantías respecto al pago de sus cargos de atención médica.

Tiene el derecho a solicitar restricciones concernientes a su Información Médica Protegida. Podría solicitar restricciones al uso o divulgación de su Información Médica Protegida. Las peticiones deben ser por escrito y deben especificar: 1) la restricción específica que se solicita, y 2) a quién desea que se aplique. Antes y durante su cita, podría presentar su petición a cualquier empleado de Alliance con quien tenga contacto. Después de su cita, las peticiones de restricción se deben reenviar a nuestro Funcionario de Privacidad.

Alliance no está obligada a aceptar todas las peticiones de restricción. Si aceptamos la restricción, no usaremos ni divulgaremos su Información Médica Protegida en incumplimiento de la restricción, a menos que se necesario para brindar tratamiento de emergencia. La restricción tendrá efecto después de que haya sido aprobada. Una restricción que aceptemos no impide los usos o divulgaciones especificados en la sección anterior: "Usos y Divulgaciones Posibles que no Puede Objetar".

Al recibir su petición por escrito, salvo que la ley lo requiera de otro modo, Alliance restringirá las divulgaciones de la Información Médica Protegida a un plan de salud: 1) para los propósitos de realizar pagos, o 2) para los propósitos de llevar a cabo actividades de atención médica (pero no para los propósitos de brindar tratamiento). No se cumplirá con las peticiones, a menos que la Información Médica Protegida corresponda a un concepto o servicio de atención médica que usted, o la persona que actúa en su nombre (que no sea el plan de salud), hayan pagado completamente de su propio bolsillo a Alliance.

Tiene el derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que realicemos, si las hubiera, de su Información Médica Protegida. Debe presentar su petición por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad. Tal informe excluye las divulgaciones relativas a actividades de tratamiento, pagos o atención médica como se describen en este Aviso. También se excluyen divulgaciones que podríamos haber hecho a usted, los miembros de su familia o sus representantes designados. También se podrían aplicar otras excepciones, restricciones y limitaciones. El informe cubrirá un período no mayor de seis años. Podría solicitar un informe de un período más breve. Después de la primera solicitud de tal informe un período de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en costos.

Tiene el derecho a que se le notifique el acceso no autorizado a su Información Médica Protegida no asegurada. Alliance le notificará por escrito sobre el de este tipo (es decir, adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizados) a su Información Médica Protegida no asegurada (es decir, no cifrada).

3. Quejas

Si cree que se han violado sus derechos a la privacidad, podría presentar una queja a Alliance o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Alliance apoya su derecho a presentar tal queja y no tomará ninguna acción adversa en su contra por hacerlo.

A fin de presentar una queja a Alliance o para obtener información adicional acerca del proceso de quejas, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Alliance al (949) 242-5854 o envíe un mensaje por correo electrónico a Privacy@AllianceHealthCareServices-us.com.

Si desea presentar un reclamo al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 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 publica y entra en vigencia el 23 de agosto de 2013 Adjunto A00