



## Bienvenido

Gracias por confiar sus necesidades de atención médica a Access Primary Care Physicians, Inc. Quisiéramos aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra clínica y esperamos brindarle una atención médica personalizada e integral.

Tener la información más actual es esencial para satisfacer sus necesidades de atención médica. Le agradecemos su ayuda para mantener actualizado su registro médico; para ello, le solicitamos que complete los formularios que se detallan a continuación:

- **Formulario de información del paciente:** le brinda a su médico un conocimiento completo de sus problemas médicos actuales, una lista de medicamentos precisa y los antecedentes médicos familiares. También incluye su información de contacto actual (número de teléfono, correo electrónico, mensaje de texto) para poder contactarlo por su atención médica.
- **Formulario de responsabilidad de pago y recepción del aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA):** nos permite facturarle a su compañía de seguros los servicios brindados y sirve como acuse de recibo de que usted recibió el aviso sobre prácticas de privacidad.
- **Formulario de consentimiento para tratamiento:** le da permiso a nuestro personal médico para realizar una evaluación básica y brindarle un tratamiento básico para sus afecciones médicas.
- **Formulario de designación de representante personal:** le concede a un familiar o amigo el permiso para analizar información médica o de facturación en su nombre. Se necesita un permiso por escrito para que podamos analizar cualquier aspecto de su atención con otra persona.
- **Autorización para la divulgación de información de salud protegida:** nos permite obtener sus registros médicos de otros proveedores de atención médica.

Una parte importante de cada consulta a su médico es la revisión de todos los medicamentos que recibe actualmente de TODOS los proveedores, tanto de atención primaria como de especialistas. Lleve todos sus medicamentos a todas las consultas.

Access Primary Care Physicians, Inc. es un grupo médico centrado en el paciente que refleja el compromiso asumido para brindar la más alta atención médica a sus pacientes. Brindamos una atención proactiva para promover el bienestar y prevenir las enfermedades. Nos comunicaremos con usted por teléfono o mensaje de texto (con su permiso). Asegúrese de brindar su información de contacto actual en el *Formulario de información del paciente*.

Al ser paciente de Access Primary Care Physicians, Inc., nos comprometemos a ayudarlo a *estar bien y disfrutar de su vida al máximo*. Si tiene alguna pregunta o comentario, no dude en ponerse en contacto con **nosotros**.

Remitido por: Nombre: \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

## Formulario de información del paciente (en letra de imprenta)

	Médico de atención primaria:	¿Ha sido paciente de Access Primary Care Physicians, Inc. en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b><u>PACIENTE</u></b>  <input type="checkbox"/> Soltero  <input type="checkbox"/> Casado  <input type="checkbox"/> Divorciado  <input type="checkbox"/> Viudo  <input type="checkbox"/> Otro	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	
	Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		¿Es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Dirección (si es diferente de la postal)		Ciudad	Estado	Código Postal
	Teléfono (residencial)		Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador
	Teléfono (móvil)		Dirección del empleador		
	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Teléfono residencial <input type="checkbox"/> Teléfono móvil				
	¿Podemos enviarle recordatorios de citas y tratamientos por mensaje de texto y correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Correo electrónico:				
	Nombre del cónyuge			Fecha de nacimiento	
<b><u>INFORMACIÓN ADICIONAL</u></b>	Raza: <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de otra región del Pacífico <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se rehúsa a contestar				
	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		¿Qué idioma prefiere? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
	Nombre de su farmacia		Dirección		
	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono	
<b><u>PARTE RESPONSABLE</u></b>  <input type="checkbox"/> Yo mismo  <input type="checkbox"/> Cónyuge  <input type="checkbox"/> Tutor  <input type="checkbox"/> Otro	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de teléfono:	
	Dirección				
	Ciudad	Estado		Código Postal	
<b><u>EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFICAR A</u></b>	Nombre			Relación	
	Dirección			Número de teléfono	
<b><u>INFORMACIÓN DEL SEGURO</u></b>	<u>Seguro primario</u>		Dirección		
	Número de contrato de la póliza	Número de grupo	Ciudad	Estado	Código Postal
	Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento		
	<u>Seguro secundario</u>		Dirección		
	Número de contrato de la póliza	Número de grupo	Ciudad	Estado	Código Postal
	Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento		

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del tutor (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

### ALERGIAS A MEDICAMENTOS o AL MEDIOAMBIENTE

Medicamentos u otros (medioambiente)	Reacción

### ANTECEDENTES FAMILIARES

(Marque si su familia tiene antecedentes de alguna de las siguientes enfermedades)

Afección médica	Madre	Padre	Abuelos maternos	Abuelos paternos	Hermano	Hermano	Hermana	Hermana	Otros hermanos
Cáncer									
Diabetes									
Ataque cardíaco									
Presión arterial alta									
Colesterol alto									
Accidente cerebrovascular									
Otro									

Si su madre, padre, hermanos o hermanas fallecieron, indique la edad al momento de su muerte y la causa:

Relación	Causa de muerte	Edad al momento del fallecimiento	Relación	Causa de muerte	Edad al momento del fallecimiento

### SUS ANTECEDENTES MÉDICOS

(Marque si ha tenido alguno de los siguientes problemas)

Ritmo cardíaco anormal	Dolor crónico	Acidez estomacal/enfermedad por reflujo gastroesofágico	Obesidad
Alergias (cualquier tipo)	Enfermedad renal crónica	Soplo cardíaco	Osteoporosis
Anemia	Depresión	Hepatitis	Enfermedad vascular periférica
Ansiedad/estrés	Diabetes	Presión arterial alta	Convulsiones/epilepsia
Asma	Enfisema/EPOC	Colesterol alto	Apnea del sueño
Artritis	Enfermedad de la vesícula biliar	VIH/SIDA	Úlceras estomacales
Fibrilación auricular	Gota	Síndrome del intestino irritable	Accidente cerebrovascular
Colitis o enfermedad de Crohn	Dolor de cabeza/migraña	Insuficiencia renal	Enfermedades de la tiroides
Cáncer	Ataque cardíaco/insuficiencia cardíaca	Cálculos renales	

### ANTECEDENTES MÉDICOS PREVENTIVO

Marque si se ha realizado alguna de las siguientes pruebas de detección preventiva de la salud (mes/año)

Prueba	Fecha	Resultados	Médico	Tipo de vacuna	Fecha
Colonoscopia				Tétanos (Td)	
Prueba de colesterol				Neumonía	
Prueba de esfuerzo cardíaco				Hepatitis B	
Densidad ósea				Influenza (gripe)	
Mamografías				Herpes zóster	
Examen de mamas				Otro	

### ANTECEDENTES DE OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

Cantidad de embarazos	
Cantidad de bebés nacidos a término	
Cantidad de bebés prematuros	
Cantidad de abortos/abortos espontáneos	
Cantidad de hijos vivos	

### ACCIDENTES, TRAUMATISMOS:

¿Alguna vez tuvo un accidente grave? **SÍ NO** ¿Tiene clavos/placas de metal en el cuerpo? **SÍ NO** Si la respuesta es sí, describa

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS**

<u>Fecha</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Fecha</u>	<u>Cirugía</u>

Indique toda información médica adicional:

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SALUD**

¿Fuma/fumó alguna vez? SÍ NO (marque una opción con un círculo) Si la respuesta es sí, ¿cuánto hace que fuma/cuánto tiempo fumó? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_ ¿Dejó de fumar? SÍ NO (marque una opción con un círculo) Si la respuesta es sí, ¿en qué año dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe por semana? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días a la semana hace ejercicio? \_\_\_\_\_

En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema regular con el dolor? SÍ NO ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Usa anteojos/lentes correctivos? SÍ NO ¿Usa audífonos? SÍ NO ¿Usa alguno de los siguientes equipos?

<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>	<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>	<u>Dispositivo</u>	<u>Sí/No</u>
Bastón		Andador		Sistema de presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (Bi-pap) (apnea del sueño)	
Escúter eléctrico		Silla de ruedas		Sistema de presión positiva continua de las vías respiratorias (C-pap) (apnea del sueño)	

¿Mantiene una alimentación saludable? SÍ NO (marque una opción con un círculo) Describa su tipo de alimentación: bien balanceada, baja en carbohidratos, baja en grasas, etc.

**INDIQUE *TODOS* LOS MEDICAMENTOS CON RECETA, LAS VITAMINAS Y LOS SUPLEMENTOS A BASE DE HIERBAS**

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Proveedor que solicita</u>

**LISTADO DE MÉDICOS**

(Indique todos los médicos que lo ayudan con su atención actualmente)

<u>Especialidad</u>	<u>Médico</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Médico</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Médico</u>
Alergias/Inmunología		Hematología		Manejo del dolor	
Cardiología		Nefrología		Podiatría	
Quiropráctica		Neurología		Psiquiatría/Salud mental	
Odontología		Obstetricia/Ginecología		Medicina pulmonar	
Dermatología		Oncología		Reumatología	
Endocrinología		Oftalmología		Medicina del sueño	
Gastroenterología		Optometría		Urología	
Cirugía general		Ortopedia		Otra especialidad	

¿Tiene instrucciones anticipadas/un testimonio vital? SÍ NO (marque una opción con un círculo)  
 Si la respuesta es sí, proporcione una copia al consultorio para adjuntar a su historia clínica. Si la respuesta es no, ¿le gustaría tener una? SÍ NO (marque una opción con un círculo)



## **Responsabilidad de pago/Recepción del aviso de la HIPAA/Comunicación con el paciente**

Comprendo que soy completamente responsable de todas las tarifas que se deban a Access Primary Care Physicians, Inc. o a cualquier proveedor médico asociado (denominados, en conjunto, la “Clínica”) como resultado de los servicios recibidos y que todas las tarifas se deben pagar al momento de la prestación del servicio a menos que la Clínica acuerde aceptar la cesión de mis beneficios de Medicare, Medicaid o de otro seguro.

### **Si tengo otra cobertura de seguro que no sea Medicare:**

Comprendo que ceder los beneficios a la Clínica y presentar una reclamación al seguro en mi nombre se realiza a modo de cortesía y que esto no me absuelve de mi responsabilidad de pagar los servicios si la compañía de seguros no paga dichos servicios o si se adeudan los deducibles o copagos. Comprendo que mi póliza de seguro puede no cubrir el costo total de los servicios o puede considerarlo un servicio no cubierto o médicamente innecesario, o bien que es posible que no tenga beneficios de cobertura para estos servicios. Por lo expuesto, asumo la responsabilidad de dichos cargos incurridos, así como de mi copago o cualquier deducible que no se haya alcanzado.

También comprendo que cualquier verificación de mis beneficios del seguro por parte de la Clínica no es una garantía de pago por parte de mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros no paga los servicios que recibí, o no paga dentro de los 60 días de prestado el servicio, comprendo que la Clínica me facturará estos servicios. Asimismo, acuerdo pagar cualquier monto que se adeude dentro de los 10 días de recibida la factura por estos servicios. Además, si se presenta una reclamación en mi nombre como una reclamación no sujeta a cesión, también seré responsable de la diferencia entre el monto que pague mi compañía de seguros y el costo real por dicho servicio.

### **Si tengo cobertura de un plan de salud de Medicare o Medicare Advantage:**

Comprendo que seré responsable de mi copago o de cualquier deducible que no haya sido alcanzado por mi cobertura de Medicare o por cualquier póliza suplementaria que también pueda tener. Además, si se presenta una reclamación en mi nombre como una reclamación no sujeta a cesión, también seré responsable de la diferencia entre el monto que pague Medicare y el costo real por dicho servicio.

También comprendo que seré notificado por adelantado a través de un Aviso previo de no cobertura al beneficiario si es probable que Medicare no pague los productos o servicios. Entonces tendré el derecho de tomar una decisión informada sobre si recibir o no los productos o servicios. Si elijo recibir los productos o servicios, soy consciente de que seré responsable de pagarlos.

Solicito que el pago de beneficios autorizados por Medicare, Medicaid u de otro seguro se realice en mi nombre a la Clínica por los servicios que se me hayan brindado, con sujeción a las reglamentaciones en materia de cesión de beneficios. Autorizo a toda persona que tenga en su poder mi información médica a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a la Administración de la Seguridad Social y a sus agentes, intermediarios u operadores, o a cualquier otra fuente externa o compañías de seguros y sus agentes cualquier información o documentación necesarias para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios en cuestión. Se puede utilizar una copia de esta autorización en lugar del documento original, y esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque por escrito.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información del seguro que proporcioné está vigente y es precisa, y comprendo y acuerdo cumplir con los términos establecidos anteriormente.

**También admito que recibí una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad de la Clínica.**

**Acepto recibir recordatorios de citas y tratamientos a través de mensajes de texto y correos de voz:**    Sí  NO

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la persona responsable del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Motivo por el que el paciente no puede firmar (si corresponde)

## Aviso sobre prácticas de privacidad

**En este aviso, se describe cómo se podría usar y divulgar la información médica disponible acerca de usted, y cómo usted puede acceder a ella. Es importante que lo lea con atención.**

En Access Primary Care Physicians, Inc. (PCP), respetamos la confidencialidad de su información de salud y protegeremos su información de manera responsable y profesional. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud, a enviarle este aviso y a cumplir con los términos de este aviso. Tenemos implementadas protecciones físicas, electrónicas y procedimentales que cumplen con las reglamentaciones estatales y federales que protegen a la información personal no pública del acceso, del uso y de la divulgación no autorizados. También estamos obligados por ley a notificar a los individuos afectados en el caso de que se produzca una filtración de información de salud protegida no sujeta a medidas de seguridad.

En este aviso, se explica cómo usamos la información sobre usted y cuándo podemos compartir dicha información con otras personas. También se informan sus derechos con respecto a su información de salud y cómo puede ejercer dichos derechos.

**Cuando hablamos de “información” o “información de salud” en este aviso, nos referimos a lo siguiente:** Toda información sobre un paciente de PCP que revele el estado de salud de una persona, identifique a personas de tal forma que brinde una base razonable para determinar la identidad de una persona y que sea creada o recibida por una organización de atención médica.

### Cómo podemos usar y divulgar su información de salud

De acuerdo con la ley, podemos usar o divulgar su información de salud en determinadas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a qué nos referimos y brindaremos algunos ejemplos. No se detallarán todos los usos o las divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en las que tenemos permitido usar y divulgar su información quedarán incluidas dentro de una de las categorías

**Para tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información de salud para facilitar el tratamiento o los servicios médicos de los proveedores. Podemos divulgar información sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro profesional de atención médica que participen en su atención. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus medicamentos con receta anteriores a un fármaco para determinar si estos medicamentos están contraindicados con un medicamento con receta pendiente.

**Para el pago.** Podemos usar o divulgar su información de salud para determinar su elegibilidad para acceder a los beneficios o a la cobertura del seguro, o bien para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibió de nuestros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos brindar información sobre tratamientos médicos que recibió de nosotros a su plan de salud para que pueda pagarnos o reembolsarle el costo de los servicios prestados. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para poder obtener la aprobación previa del pago o saber si su plan pagará el tratamiento.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgación son necesarios para el funcionamiento de PCP. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para que nos ayude a mantener y mejorar la atención del paciente o determinar si continuamos ofreciendo o no determinados servicios a los pacientes. También podemos divulgar información a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina y otras personas que trabajen en PCP con el fin de aprender y mejorar la calidad. Podemos eliminar información que lo identifique para que las personas ajenas a PCP puedan estudiar su información de salud sin saber quién es usted.

**Alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar su información de salud para enviarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

**A socios comerciales.** Podemos celebrar un contrato con personas o entidades denominadas socios comerciales para que realicen diversas funciones en nuestro nombre o para que brinden determinados tipos de servicios. Para realizar estas funciones o para brindar estos servicios, los socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, transmitirán, usarán o divulgarán su información de salud, pero solo después de que acuerde por escrito con nosotros implementar medidas de seguridad adecuadas con respecto a su información de salud. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a un socio comercial para que este pueda actualizar o realizar una copia de los registros médicos en nuestro nombre, pero solo después de que el socio comercial celebre un acuerdo de socio comercial con nosotros.

**Tal como lo exige la ley.** Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud cuando lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Es posible que usemos y divulguemos su información de salud cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y a su seguridad, o a la salud y a la seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, las divulgaciones solo se realizarán a las personas que puedan ayudar a evitar la amenaza. Por ejemplo, podríamos divulgar su información de salud en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

### Situaciones especiales

Además de lo descrito anteriormente, las siguientes categorías describen otras formas posibles en las que podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización específica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a qué nos referimos y brindaremos algunos ejemplos. No se detallarán todos los usos o las divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en las que tenemos permitido usar y divulgar su información quedarán incluidas dentro de una de las categorías

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información de salud después de su muerte a las organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**Fuerzas armadas.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud, según lo soliciten las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información de salud del personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

**Indemnización por accidentes laborales.** Podemos divulgar su información de salud por motivos de indemnización por accidentes laborales o programas similares, pero solo en la medida en que lo autoricen las leyes relacionadas con dicha indemnización y programas similares que otorgan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo y en la medida en que sea necesario para cumplir con dichas leyes y programas. Sin embargo, no se puede usar su información de salud para fines laborales sin su autorización específica.

**Riesgos a la salud pública.** Podemos divulgar su información de salud para actividades de la salud pública. Generalmente, estas actividades se realizan para lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Informar nacimientos y defunciones.
- Denunciar abusos o abandono de menores.
- Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- Dar aviso a las personas sobre el retiro de productos del mercado que pueden estar utilizando.
- Dar aviso a las personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad o que pueden estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección médica.
- Dar aviso a las autoridades gubernamentales correspondientes si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Solo divulgaremos esta información si usted está de acuerdo, o cuando la ley lo solicite o autorice.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de la salud para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión de la salud incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda controlar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

**Juicios y conflictos legales.** Si está implicado en un juicio o conflicto legal, podemos divulgar su información de salud para cumplir con una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso lícito que involucre a una persona en un conflicto legal, pero solo si la parte que solicita la información nos transmite una certeza satisfactoria de que ha intentado informarle a usted acerca de la solicitud u obtener una orden judicial o administrativa que proteja la información solicitada.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información de salud si nos lo solicita un funcionario a cargo de la aplicación de la ley por los siguientes motivos:

- En respuesta a una orden judicial, citación, mandato judicial, orden de comparecencia o proceso similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Para obtener información sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima.
- Para obtener información sobre un fallecimiento que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva.
- Para obtener información sobre una conducta delictiva.

**Médicos forenses, médicos legistas y directores de casas de servicios fúnebres.** Podemos divulgar la información de salud a un médico forense o médico legista. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona difunta o determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes a directores de casas de servicios fúnebres, según sea necesario, para que puedan cumplir con sus obligaciones.

**Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados por motivos de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario a cargo de la aplicación de la ley, podemos divulgar su información de salud a la institución penitenciaria o al funcionario a cargo de la aplicación de la ley si fuese necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de terceros o (3) para la seguridad y protección de la institución penitenciaria.

**Investigación.** Podemos divulgar su información de salud a investigadores en los siguientes casos:

- (1) Cuando se hayan eliminado los datos que permiten identificar a la persona.
- (2) Cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

#### **Divulgaciones obligatorias**

A continuación, se encuentra una descripción de las divulgaciones de su información de salud que estamos obligados a realizar.

**Auditorías gubernamentales.** Estamos obligados a divulgar su información de salud al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el secretario investigue o determine nuestro cumplimiento con la ley de privacidad HIPAA.

**Divulgaciones para usted.** Cuando usted lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud que contenga información sobre los registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro que se use para tomar decisiones relacionadas con sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, según lo solicite, a brindarle una rendición de cuentas de la mayoría de las divulgaciones de su información de salud si la divulgación se realizó por motivos que no estén relacionados con el pago, el tratamiento o las operaciones de atención médica, y si la información de salud no se divulgó de acuerdo con su autorización individual.

#### **Otras divulgaciones**

**Representantes personales.** Divulgaremos su información de salud a las personas que usted autorice o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando nos brinde una autorización adecuada (por ejemplo, un poder de representación). Nota: De acuerdo con la ley de privacidad HIPAA, no tenemos la obligación de divulgar información a un representante personal si creemos razonablemente lo siguiente:

- (1) Que usted ha sido o es víctima de violencia doméstica, abuso o abandono por parte de dicha persona.
- (2) Tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro.
- (3) De acuerdo con nuestro criterio profesional, no es lo mejor para usted tratar a dicha persona como su representante personal.

**Autorizaciones.** Otros usos o divulgaciones de su información de salud no descritos anteriormente solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, por lo general y de acuerdo con condiciones específicas, no usaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia, no usaremos ni divulgaremos su información de salud con fines de comercialización y no venderemos su información de salud sin su autorización por escrito. Puede revocar las autorizaciones por escrito en cualquier momento, siempre que dicha revocación se realice por escrito. Luego de recibir su revocación por escrito, solo tendrá efecto para usos y divulgaciones futuras. No tendrá efecto sobre ninguna información que se haya usado o divulgado en función de la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito.

#### **¿Cuáles son sus derechos?**

A continuación, se describen sus derechos con respecto a su información de salud. Si desea ejercer los siguientes derechos, escriba al director de Privacidad a la dirección de PCP que figura al final de esta declaración.

**Tiene el derecho de solicitarnos que restrinjamos** cómo usamos o divulgamos su información para fines de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos la información que se nos haya solicitado que entreguemos a familiares o a otras personas que participan de su atención médica o que se encargan de su pago. *Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar estas restricciones, excepto cuando la información de salud protegida se refiera únicamente a un producto o servicio de atención médica que el individuo o la persona que no sea el plan de salud haya pagado en su totalidad.*

**Tiene el derecho de solicitar la recepción de comunicaciones confidenciales** de información. Por ejemplo, si cree que podría verse afectado si le enviamos su información a su dirección postal actual (por ejemplo, en situaciones sobre violencia o disputas domésticas), puede solicitarnos que enviemos la información por medios alternativos (por ejemplo, por fax) o a una dirección postal alternativa. Nos adaptaremos a su solicitud razonable, según lo detallado anteriormente.

**Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia** de la información que tenemos sobre usted en su conjunto de registros designados. Un "conjunto de registros designados" está compuesto por (1) los registros médicos y de facturación, y (2) su inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y sistemas de registro de manejo de casos o médicos que llevamos nosotros o para un plan de salud, que la entidad cubierta usa en forma total o parcial para tomar decisiones sobre su atención médica, o bien que se usan en relación con dicha entidad cubierta.

Sin embargo, **no tiene el derecho de acceder a determinados tipos de información** y podemos decidir no brindarle copias de lo siguiente:

- La información que consta en notas de psicoterapia.

- La información que se recopila con anticipación razonable o para su uso en una acción o un procedimiento civil, penal o administrativo.
- La información que está sujeta a determinadas leyes federales que regulan los productos biológicos y los laboratorios clínicos.

En otras situaciones determinadas, podemos rechazar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si rechazamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito y es posible que le otorguemos el derecho de apelar el rechazo.

**Tiene el derecho de solicitarnos que realicemos cambios** en la información que tenemos sobre usted en su conjunto de registros designados. Estos cambios se denominan enmiendas. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe justificar dicha solicitud. Responderemos su solicitud dentro del plazo máximo de 60 días después de recibirla. Si no podemos atender su solicitud dentro de los 60 días, es posible que extendamos dicho plazo por un período máximo adicional de 30 días. Si necesitamos extender este plazo, le notificaremos sobre la demora por escrito y la fecha en la que completaremos la acción de su solicitud.

Si realizamos la enmienda, se lo notificaremos por escrito. Además, les entregaremos la enmienda a todas las personas que sepamos que hayan recibido su información de salud. También les entregaremos la enmienda a las personas que usted nos indique. Si rechazamos su solicitud de enmienda, le notificaremos por escrito los motivos de dicho rechazo. En el aviso del rechazo, se le explicará su derecho de presentar una declaración de desacuerdo por escrito. Tenemos el derecho de responder a su declaración. Sin embargo, usted tiene el derecho de solicitar que su solicitud por escrito, nuestro rechazo por escrito y su declaración de desacuerdo se incluyan en su información para futuras divulgaciones.

**Tiene el derecho de recibir una rendición de cuentas** de determinadas divulgaciones de su información que hayamos realizado durante los seis años previos a su solicitud. Tenga en cuenta que no tenemos la obligación de brindarle una rendición de cuentas de la siguiente información:

- La información recopilada o divulgada antes del 14 de abril de 2003.
- La información divulgada o usada para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.
- La información divulgada a usted o de acuerdo con su autorización.
- La información que sea incidente al uso o a la divulgación que, de otra manera, fueran permitidos.
- La información divulgada para el directorio de una instalación o a personas involucradas en su atención o con otros propósitos de notificación.
- La información divulgada con fines de seguridad o inteligencia nacional.
- La información divulgada a instituciones penitenciarias o a funcionarios a cargo de la aplicación de la ley.
- La información divulgada o usada como parte de un conjunto de datos limitados para fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica.

Su solicitud debe ser por escrito. Atenderemos su solicitud de rendición de cuentas dentro de un plazo de 60 días. Es posible que necesitemos más tiempo para atender su solicitud. De ser así, la solicitud podría llevarnos hasta un máximo de 30 días más. Su primera rendición de cuentas será gratuita. Continuaremos otorgándole una rendición de cuentas gratuita, previa solicitud, cada 12 meses. Si solicita una rendición de cuentas adicional dentro de los 12 meses de haber recibido su rendición de cuentas gratuita, podemos aplicar un cargo. Le informaremos el cargo por adelantado y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud.

#### **Ejercicio de sus derechos**

**Tiene el derecho de recibir una copia de este aviso, previa solicitud, en cualquier momento.**

En el caso de que se produzca un cambio en alguna de nuestras prácticas de privacidad, nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y de hacer que el nuevo aviso se aplique a toda la información de salud protegida que llevamos. Cuando realizamos cambios significativos en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y lo publicaremos en nuestro sitio web. También pondremos a disposición de nuestros pacientes el aviso actualizado en nuestros consultorios.





## Designación de un representante personal

Conforme lo exige la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (“HIPAA”) de 1996, usted tiene el derecho de designar a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a la protección de su información de salud. Al completar este formulario, usted nos informa su deseo de designar a las personas nombradas como sus “representantes personales”. Puede revocar esta designación en cualquier momento al firmar y fechar la sección de revocación en su copia de este formulario y devolverla a este consultorio.

### SECCIÓN DE DESIGNACIÓN:

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta y fecha de nacimiento), por el presente documento, designo a las siguientes personas para que actúen como mis representantes personales con respecto a las decisiones que involucren el uso o la divulgación de mi información de salud.

Nombre de los representantes personales  
en LETRA DE IMPRENTA

Relación de cada uno con el paciente  
en LETRA DE IMPRENTA

---

---

---

---

---

---

La facultad de esta persona cuando actúe como mi “representante personal” se limita a las siguientes funciones:

Descripción:

- Se le otorga a esta persona todos los privilegios que se me otorgarían a mí con respecto a mi información de salud.
- Esta persona tiene acceso limitado a la siguiente información sobre mi atención médica:

---

Comprendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento al firmar la sección de revocación en mi copia de este formulario y devolverla a:

Access Primary Care Physicians, Inc.  
9209 Colima Rd, Ste 400  
Whittier, CA 90605  
Atención: Administrador de la clínica

Además, comprendo que dicha revocación carece de efecto en la medida en que las personas autorizadas a usar o divulgar mi información de salud ya hayan actuado en función de esta designación.

---

Firma

Fecha

### SECCIÓN DE REVOCACIÓN:

Por el presente documento, revoco la designación de \_\_\_\_\_ personal como mi representante

---

Firma del paciente

Fecha





## **Consentimiento para recibir tratamiento**

Yo, \_\_\_\_\_, busco de forma voluntaria atención médica y, por el  
(Nombre del paciente)

presente documento, otorgo mi consentimiento para someterme a tratamientos médicos, procedimientos, análisis de laboratorio y otros servicios de atención médica. Comprendo que tengo el derecho de rechazar tratamientos o procedimientos específicos. Sin embargo, al firmar a continuación, acuerdo, en términos generales, permitir que se me realicen análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico, tratamientos médicos de rutina (por ejemplo, medicamentos, inyecciones, extracción de sangre para análisis, asesoramiento, pruebas de detección, educación de la salud y otros procedimientos de diagnóstico), procedimientos de emergencia, según sea necesario, y servicios hospitalarios realizados a solicitud del médico responsable o de otros médicos que ayudan en mi atención.

El consentimiento otorgado será válido y vinculante, y los médicos pueden valerse de esta autorización y aceptar todo consentimiento dado por el paciente hasta que los médicos reciban un aviso por escrito de que la autorización ha sido revocada.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Autorización para la divulgación de información de salud protegida (PHI)

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Números de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

**Por el presente documento, autorizo a la siguiente entidad a divulgar la Información de salud protegida (PHI) a: Access Primary Care Physicians, Inc.**

Entidad que posee la PHI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Si esta autorización no ha sido revocada, se dará por finalizada en el plazo de un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que se establezca una fecha de vencimiento o un evento de vencimiento distintos. PHI y fechas de la PHI autorizadas para ser usadas o divulgadas**

<u>Descripción</u>	<u>Fecha de inicio y finalización de la PHI</u>	<u>Descripción</u>	<u>Fecha de inicio y finalización de la PHI</u>
<input type="checkbox"/> Todos los registros de la PHI	_____	<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	_____
<input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio	_____	<input type="checkbox"/> Pruebas de rayos X/informes	_____
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	_____	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	_____
<input type="checkbox"/> Informes de interconsultas	_____	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta detallado	_____
<input type="checkbox"/> Otro	_____		_____

**\*\* La siguiente información se divulgará, a menos que indique NO DIVULGAR al marcar la casilla adecuada.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para SIDA/VIH o enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica/de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas/sustancias                             | <input type="checkbox"/> Detección genética                    |

Otro, especifique: \_\_\_\_\_

Comprendo lo siguiente:

- Que me puedo negar a firmar esta autorización, y su firma es estrictamente voluntaria.
- Que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para acceder a los beneficios no se verán condicionados por la firma de esta autorización.
- Que puedo revocar esta autorización en cualquier momento; para ello deberé cursar aviso por escrito al proveedor autorizado a divulgar la PHI. Sin embargo, este accionar no tendrá efecto sobre ninguna medida que se haya tomado antes de recibir la revocación.
- Que si el solicitante o destinatario no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada deje de estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad y que pueda darse a conocer.
- Que tengo el derecho a recibir una COPIA de este formulario después de firmarlo.
- Que recibiré una fotocopia solo de mi registro médico y que el original permanecerá en Primary Care Plus.

Firma del paciente o del representante del paciente (si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación del representante personal con el paciente y descripción de la facultad para actuar: \_\_\_\_\_