

Formulario de admisión al Centro de Atención de Urgencia

Información del paciente

Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Dirección		Ciudad		Raza <input type="checkbox"/> Aborigen de América del Norte o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño de otro país del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar	Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
Estado	Código postal	Ocupación	Número del Seguro Social - -		
Escuela a la que asiste el paciente			Motivo de la consulta		

Padre o tutor (con identificación)

Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento Mes / Día / Año	
Relación con el paciente		Apellido de soltera de la madre			
Dirección (si es diferente de la que se menciona arriba)		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono móvil		Número de teléfono particular			Preferencia de idioma
¿Es usted el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Correo electrónico:		

Médico de cabecera

Apellido del médico		Nombre del médico			
Domicilio		Ciudad		Estado	Código postal
¿Tenemos autorización para compartir información con su médico de cabecera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Número de teléfono su médico de cabecera		
¿Quién le indicó que viniera a la sala de atención de urgencia del OIC?			¿Le gustaría recibir recordatorios de las citas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, elija una opción: <input type="checkbox"/> Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Recordatorios de voz automatizados		

Contacto de emergencia (que no sea usted)

Apellido		Nombre		Relación con el paciente	
Número de teléfono móvil		Número de teléfono particular			

Incluya su identificación, la tarjeta de su seguro y quién lo derivó, si es posible. Los pacientes no deben ingerir comida ni bebida antes de la consulta con el médico.

Hora de ingreso:

DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO (DISCLOSURE AND CONSENT)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO. Al firmar abajo, yo (o un representante autorizado por mi) autorizo al personal del OIC a llevar a cabo exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos no invasivos que sean médicamente indicados y a proporcionar los medicamentos, tratamiento o terapias necesarios para evaluar y mantener mi salud de manera eficaz, y para evaluar, diagnosticar, y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que mi los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de explicarme las razones de cualquier examen diagnóstico, prueba o procedimiento particular, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos y beneficios comúnmente asociados con estas opciones, así como tratamientos alternativos.

DERECHO A RECHAZAR TRATAMIENTO. Al dar mi consentimiento general al tratamiento, entiendo que me reservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicación recomendada o que mis proveedores individuales de salud consideren médicamente necesario. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías con respecto a los resultados de mi evaluación y/o tratamiento.

AYUDANTES MÉDICOS. El suscrito queda informado y acepta que otros profesionales de la salud capacitados, incluyendo, entre otros, enfermeras y médicos residentes, pueden encargarse de partes importantes de la atención de pacientes que estén dentro de su ámbito de acción según lo determinado por la ley del estado, para lo cual hayan recibido privilegios por parte del Instituto. El firmante puede rechazar la atención de ayudantes médicos por medio de escribir sus iniciales aquí _____, o solicitar el servicio de un médico en cualquier momento durante el tratamiento, y acepta que el paciente sea redirigido o que esté sujeto a un tiempo de espera más largo para tratamientos fuera de los procedimientos habituales.

CONSENTIMIENTO DE CONSULTAS POR VIDEO: Las Consultas por video incluyen el uso de una conexión audiovisual segura para permitir que un proveedor de atención médica y un paciente en diferentes ubicaciones se comuniquen y compartan información de salud individual del paciente con el fin de brindar atención clínica.

Entiendo que durante mi atención en OIC, me pueden ofrecer una Consulta por video si es clínicamente apropiado. Estos servicios pueden incluir consultas, diagnósticos, recomendaciones de tratamiento, recetas o derivaciones a atención presencial si se necesita una evaluación adicional. Este servicio se ofrece a mí por comodidad. Entiendo que siempre tengo la opción de elegir una cita presencial si lo prefiero. Entiendo que no todos los servicios serán clínicamente apropiados a través de una Consulta por video y que la opción estará limitada a la discreción de mi proveedor.

Entiendo que algunas partes de los servicios (p. ej., laboratorios, exámenes de sangre o análisis) pueden ordenarse durante la consulta, lo cual requeriría que asista presencialmente a una instalación.

En caso de que acepte una Consulta por video, doy mi consentimiento para que se facture mi seguro por los servicios y pagaré los copagos o coaseguros correspondientes.

Entiendo que durante la Consulta por video, se puede analizar información médica confidencial y



MRN:

Patient Name:

DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO (DISCLOSURE AND CONSENT)

que será mi responsabilidad estar un lugar que garantice la privacidad a mi propio nivel de comodidad. También se espera que esté en un lugar que no cause peligro para mí o los que me rodean (p. ej., mientras conduzco). Si mi proveedor está preocupado por mi seguridad, puede finalizar la consulta.

Las Consultas por video no son adecuadas para emergencias médicas. Si creo que tengo una emergencia, llamaré al 911 o iré la sala de urgencias más cercana.

INSTITUCIÓN DOCENTE. El Instituto sirve como un centro docente. Observadores, equipo docente, especialistas de dispositivos médicos, profesionales de la salud o estudiantes, se presentarán y le solicitarán su permiso para observar la atención. Usted puede rechazar de forma proactiva su presencia en cualquier momento durante su tratamiento.

INTERESES RELACIONADOS. El suscrito acepta que el paciente no está obligado a obtener artículos/servicios de cualquiera de los siguientes servicios del Instituto. Si lo solicita, o su plan de seguro lo pide, el Instituto proporcionará la información necesaria para que usted busque artículos/servicios no urgentes de parte de otro profesional. El Instituto tiene un interés en la farmacia ambulatoria del hospital, el departamento de fisioterapia, el departamento de radiología, y el laboratorio.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. El suscrito autoriza al Instituto Ortopédico para Niños/ OHTC, a los miembros del personal clínico y empleados, a dar información sobre cualquiera o todos los expedientes médicos del paciente a todas las entidades cubiertas por HIPAA que estén implicadas en el tratamiento del paciente, la facturación y otras operaciones del cuidado sanitario. El suscrito puede limitar la divulgación de información a las partes específicas, o para servicios específicos, por medio de indicar las restricciones por escrito al Oficial de Seguridad de la Información según las prácticas de privacidad. El suscrito ha recibido una copia de las prácticas de privacidad del Instituto.

COMUNICACIÓN POR TELÉFONO. El suscrito acepta que el Instituto se comunique con el paciente y deje mensajes de voz recordándole sus próximas citas. Los recordatorios de citas contienen el nombre del paciente, el nombre del consultorio donde tiene la cita, la hora y la fecha. Usted se compromete a mantener al Instituto informado respecto a sus preferencias tocantes a la comunicación telefónica.

ARTÍCULOS DE VALOR. De común acuerdo se establece que el Instituto no se hace responsable por la pérdida o daño de ningún dinero, alhajas, documentos, u otros objetos de valor perdidos o dañados en las instalaciones.

AUTORIZACIÓN PARA LA FIRMA DE CUALQUIERA DE LOS PADRES. Yo (nosotros), personal y solidariamente, aceptamos que todas las autorizaciones y consentimientos que en lo sucesivo puedan ser requeridos por el Orthopaedic Institute for Children para el procedimiento antes mencionado y para cualquier otro acto o procedimiento, incluyendo posteriores reingresos o altas del Orthopaedic Institute for Children,

Pueden ser ejecutados por cualquiera de los padres suscritos actuando de manera individual, y el padre designa a la madre y la madre designa al padre, como su abogado-de-hecho, con



MRN:
Patient Name:

**DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO
(DISCLOSURE AND CONSENT)**

plenos poderes para ejecutar todas y cada una de las autorizaciones y consentimientos, actuando en su propio nombre y también en el nombre del otro.

Sólo podrán ser autorizados por el suscrito.

REVOCACIÓN. Todos los consentimientos, autorizaciones, y acuerdos en este documento deberán continuar y permanecer en pleno vigor y efecto durante los próximos 12 meses, a menos que el suscrito provea un aviso de revocación por escrito al responsable de seguridad del Instituto.

ACUERDO FINANCIERO. El suscrito acepta, ya sea que haya firmado como agente, padre, o paciente, que en consideración de los servicios prestados al paciente, acepta colaborar para que el Instituto reciba puntualmente el pago de los cargos, y saldar cualquier cuenta con el Instituto en conformidad con la cobertura del paciente o la falta de la misma. En caso de que la cuenta sea enviada a un abogado con el objeto de obtener el pago, el suscrito deberá pagar honorarios razonables de los abogados y los gastos asociados con la obtención del pago. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal.

BASE DE DATOS OPEN PAYMENTS. La base de datos Open Payments es una herramienta federal para consultar pagos de las compañías farmacéuticas y de dispositivos de uso médico hacia médicos y hospitales universitarios. Se puede acceder aquí (<https://openpaymentsdata.cms.gov/>). Para fines informativos solamente, a continuación se proporciona un enlace a la página web de Open Payments de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). La Ley Federal Sunshine de Transparencia de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos u otras transferencias de valor superiores a los diez dólares (\$10) de compañías farmacéuticas, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. El suscrito reconoce que el Instituto ha proporcionado un aviso de prácticas, efectivas el día 19/09/2013.

EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE ÉL/ELLA LEYÓ ESTE DOCUMENTO, RECIBIÓ UNA COPIA, Y ES EL PACIENTE, O TIENE LA AUTORIDAD PARA EJECUTAR ESTE ACUERDO Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS EN NOMBRE DEL PACIENTE.

Firma del Paciente/Padre/Tutor
(*Patient/Parent/Guardian Signature*)

Fecha (*Date*)

Hora (*Time*)

Si no es el paciente, indique la relación
(*If other than patient, indicate relationship*)

Orthopaedic Institute for Children by its duly

Date

Time



MRN:
Patient Name:

DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO (DISCLOSURE AND CONSENT)

authorized representative

- Por favor, envíenme comunicaciones por correo electrónico con respecto a temas de salud de interés para mí/mi hijo.
Correo electrónico: _____
- La Los Angeles Orthopaedic Foundation me puede enviar información sobre eventos futuros.



MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Notice of Privacy Practices)

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013

**Este aviso describe cómo la información médica acerca de usted podría usarse y divulgarse, y cómo puede tener acceso a esta información.
Por favor, revísela minuciosamente.**

Si tiene preguntas acerca de este aviso, por favor comuníquese con el Oficial de privacidad de historias clínicas al (213) 741-8380.

NUESTRAS OBLIGACIONES

La ley nos exige:

- Mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud acerca de usted.
- Seguir los términos de nuestro aviso que están en vigor actualmente.

Los expedientes del paciente creados por el Instituto Ortopédico para Niños

- I. están integrados en la historia clínica electrónica (electronic health record, EHR) de UCLA Health;
- II. estarán accesibles por UCLA Health y/o sus afiliados; y
- III. podrían ser usados por UCLA Health para la calidad, mantenimiento y operaciones del EHR, y para fines de tratamiento e investigación de conformidad con la ley.

CÓMO PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

La información a continuación describe las formas en que podríamos usar y divulgar la información de salud que le identifique a usted ("Información de salud"). Excepto para los fines descritos a continuación, usaremos y divulgaremos la información de salud únicamente con su permiso por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento, escribiendo a nuestro Oficial de prácticas de privacidad.

Para el tratamiento. Podríamos usar y divulgar la información de salud para su tratamiento y para prestarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podríamos divulgar la información de salud a los médicos, enfermeros, técnicos u otro personal, incluidas las personas fuera de nuestra oficina, que participen en su atención médica y que necesiten la información para proporcionarle atención médica.

Para el pago. Podríamos usar y divulgar la información de salud a fin de que nosotros u otras personas puedan facturarle y recibir pago de usted, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podríamos darle a su plan médico información acerca de usted, a fin de que este pague su tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Podríamos usar y divulgar la información de salud para fines de operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Notice of Privacy Practices)

asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podríamos usar y divulgar la información para asegurarnos de que la atención obstétrica o ginecológica que reciba sea de la más alta calidad. Además, podríamos compartir información con otras entidades con las que usted tenga una relación (por ejemplo, su plan médico) para sus actividades de operación de la atención médica.

Recordatorios de citas, hojas de registro, sistema megafónico, alternativas de tratamiento, y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podríamos usar y divulgar la información de salud para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros. Podríamos usar una hoja de registro que contenga su nombre solamente. Podríamos decir su nombre en el sistema megafónico. Además, podríamos usar y divulgar la información de salud para informarle acerca de alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

Fotografía. Podríamos divulgar fotografías o video de un procedimiento/tratamiento para fines médicos, científicos o educativos. Al participar en eventos comunitarios del Centro Médico, podríamos divulgar la imagen general de los pacientes por cualquier medio de comunicación.

Personas implicadas en su atención médica o en el pago de su atención. Cuando es adecuado, podríamos compartir información de salud con una persona que esté implicada en su atención médica o en el pago de su atención, como uno de los padres con respecto al cuidado de un menor, o de familiares o amigos según se indica en el formulario de consentimiento y divulgación. También podríamos avisarle a su familia acerca de su ubicación o estado general o divulgar dicha información a una entidad que ayude en un esfuerzo de asistencia en caso de un desastre.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podríamos usar y divulgar la información de salud para investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación podría implicar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con aquellos que recibieron otro, para la misma afección. Antes de que usemos o divulguemos la información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Incluso sin aprobación especial, podríamos permitirles a los investigadores ver las historias clínicas para ayudarles a identificar a los pacientes a los que podría pedirseles participar en su proyecto de investigación o para otros fines semejantes, siempre y cuando no extraigan ni copien ninguna información de salud.

SITUACIONES ESPECIALES

Según lo exige la ley. Divulgaremos la información de salud cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad. Podríamos usar y divulgar la información de salud cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, las divulgaciones se harán únicamente a alguien que podría ayudar a prevenir la amenaza.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Notice of Privacy Practices)

Asociados comerciales. Podríamos divulgar la información de salud a nuestros asociados comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o que nos prestan servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Por ejemplo, podríamos usar otra compañía para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros asociados comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni divulgar ninguna información, salvo según se especifica en nuestro contrato.

Militares y veteranos. Si es miembro de las fuerzas armadas, podríamos divulgar la información de salud según lo exijan las autoridades de comando militar. Además, podríamos divulgar la información de salud a las autoridades militares extranjeras adecuadas si es miembro de una fuerza armada extranjera.

Compensación para trabajadores. Podríamos divulgar la información de salud para el programa de compensación para trabajadores o programas semejantes. Estos programas proporcionan beneficios para las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública. Podríamos divulgar la información de salud para actividades de salud pública. Por lo general, estas actividades incluyen divulgaciones para prevenir o controlar las enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y fallecimientos; reportar maltrato o negligencia infantil; reportar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; avisar a las personas del retiro del mercado de productos que podrían estar usando; una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad o que podría correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; Registro Estatal de Vacunación; Vigilancia de los Institutos Nacionales de Salud, Notificación Farmacéutica de Sustancias Controladas, y las autoridades gubernamentales adecuadas si creemos que un paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta divulgación únicamente si usted accede a esta o cuando así lo exige o autoriza la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podríamos divulgar la información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades que la ley autorice. Estas actividades de supervisión incluyen por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el sistema de atención médica, programas gubernamentales y cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Fines de aviso de filtración de la información. Podríamos usar o divulgar la información de salud protegida para proporcionar avisos requeridos legalmente de acceso no autorizado a su información de salud o su divulgación.

Demandas y disputas. Si está implicado en una demanda o disputa, podríamos divulgar la información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También, podríamos divulgar la información de salud en respuesta a una citación, solicitud de producción de pruebas u otro proceso legal de parte de alguien más que esté implicado en la disputa, pero únicamente si se han hecho los esfuerzos para informarle acerca de la solicitud o para obtener una orden que



MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(Notice of Privacy Practices)

proteja la información solicitada.

Autoridades. Podríamos divulgar la información de salud si un agente de la policía la pide si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, mandato judicial, comparecencia o un proceso semejante; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo directo o persona extraviada; (3) acerca de la víctima de un delito, incluso si, bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona; (4) acerca de una muerte que creemos que podría ser el resultado de una conducta criminal; (5) acerca de la conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en una emergencia para reportar un delito, la ubicación del delito o las víctimas o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional. Podríamos divulgar la información de salud a oficiales federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional que la ley autorice.

Servicios de protección para el presidente y otras personas. Podríamos divulgar la información de salud a oficiales federales autorizados, a fin de que puedan dar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

Reclusos o personas detenidas. Si es un recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un oficial de las autoridades, podríamos divulgar la información de salud a la institución penitenciaria o al oficial de las autoridades. Esta divulgación sería necesaria: (1) para que la institución le proporcionara atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) por la salud y seguridad de la institución penitenciaria.

USOS Y DIVULGACIONES QUE NOS OBLIGAN A DARLE LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR Y RENUNCIAR

Personas implicadas en su atención o en el pago de su atención. Salvo que usted objete, podríamos divulgarle a un miembro de su familia, un pariente, un amigo allegado o cualquier otra persona que usted identifique, su información de salud protegida que se relacione directamente con la implicación de esa persona en su atención médica. Si no puede acceder u objeta dicha divulgación, podríamos divulgar tal información según sea necesario si determinamos que es lo que mejor le conviene a usted según nuestro criterio profesional.

Asistencia en caso de desastres. Podríamos divulgar su información de salud protegida a las organizaciones de asistencia en caso de desastres que soliciten su información de salud protegida para coordinar su atención, o avisar a su familia y amigos de su ubicación o estado en caso de un desastre. Le daremos la oportunidad de acceder u objetar dicha divulgación cada vez que podamos hacerlo en la práctica.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Notice of Privacy Practices)

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán únicamente con su autorización por escrito:

- usos y divulgaciones de la información de salud protegida para fines de mercadeo; y
- divulgaciones que constituyen una venta de su información de salud protegida.

Otros usos y divulgaciones de la información de salud protegida que no están cubiertos por este aviso ni por las leyes que aplican a nosotros se harán únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento al presentar una revocación por escrito a nuestro Oficial de privacidad, y ya no divulgaremos más su información de salud protegida bajo la autorización. Sin embargo, la divulgación que hayamos divulgado en base a su autorización antes de que la revocara, no se verá afectada por la revocación.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que tenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud que podría usarse para tomar decisiones acerca de su atención o del pago de su atención. Esto incluye historias clínicas y de facturación, que no sean anotaciones de psicoterapia. A fin de inspeccionar y copiar esta información de salud, debe hacer su petición, por escrito, al Oficial de privacidad de historias clínicas al 213-741-8380. Tenemos un máximo de 30 días para poner su información de salud protegida a su disposición, y podríamos cobrarle una cuota razonable por los costos de copia, envío por correo postal o por otros materiales asociados con su petición. No podemos cobrarle una cuota si usted necesita la información para un reclamo de beneficios bajo la Ley del Seguro Social o cualquier otro programa de beneficios estatal o federal basado en la necesidad. Podemos negarle su petición en ciertas circunstancias limitadas. Si negamos su petición, tiene derecho a que la negación la revise un profesional de atención médica con licencia que no estuvo implicado directamente en la negación de su petición, y acataremos los resultados de la revisión.

Derecho a una copia de las historias clínicas electrónicas. Si su información de salud protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como una historia clínica electrónica o historia de salud electrónica), tiene derecho a solicitar que una copia electrónica de su historia clínica se le dé a usted o se le transmita a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionarle acceso a su información de salud protegida en la forma o formato que usted solicite, si se puede producir fácilmente en tal forma o formato. Si la información de salud protegida no puede producirse fácilmente en la forma o formato que solicita, su historia clínica se proporcionará ya sea en nuestro formato electrónico normal o, si no desea esta forma o formato, una forma en papel legible. Podríamos cobrarle una cuota razonable, basada en el costo por el trabajo asociado con la transmisión de la historia clínica electrónica.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Notice of Privacy Practices)

Derecho a recibir un aviso de una filtración de la información. Tiene derecho a que se le avise cuando se produzca una filtración de la información de salud protegida sobre usted no segura.

Derecho a enmendar. Si siente que la información de salud que tenemos está incorrecta o incompleta, podría pedirnos que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información se mantenga por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda debe hacer su petición, por escrito, al Oficial de privacidad de historias clínicas al (213) 741- 8380.

Derecho a una contabilización de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones de información de salud que hacemos para fines aparte de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o para las que proporcionó autorización por escrito. Para solicitar una contabilización de las divulgaciones debe hacer su petición, por escrito, al Oficial de privacidad de historias clínicas al (213) 741-8380.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información de salud que divulguemos a alguien implicado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedirnos que no compartamos la información acerca de un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción debe hacer su petición, por escrito, al Oficial de privacidad de historias clínicas al (213) 741- 8380. No se nos requiere acceder a su petición, salvo que nos pida que restrinjamos el uso y la divulgación de su información de salud protegida a un plan médico para fines de pago u operaciones de atención médica, y la información que desea restringir corresponde únicamente a un artículo o servicio de atención médica por los que nos ha pagado por completo “de su bolsillo”. Si accedemos, cumpliremos con su petición, salvo que la información se necesite para darle tratamiento de emergencia.

Pagos de su propio bolsillo. Si pagó de su propio bolsillo (o en otras palabras, ha pedido que no le cobremos a su plan médico) por completo por un artículo o servicio en particular, tiene derecho a pedir que su información de salud protegida con respecto a ese artículo o servicio no se divulgue a un plan médico para fines de pago u operaciones de atención médica, y acataremos esa petición.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta forma o en cierta ubicación. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted únicamente por correo postal o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales debe hacer su petición, por escrito, al Oficial de privacidad de historias clínicas al 213-741-8380. Su petición debe especificar cómo o cuándo desea que nos comuniquemos con usted. Cumpliremos con las peticiones razonables.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este.



MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Notice of Privacy Practices)

COMPLETAR SI NO SE OBTUVO LA CERTIFICACIÓN POR ESCRITO

Le rogamos que documente sus esfuerzos por obtener la certificación y el motivo por el cual no se obtuvo (por favor escriba sus iniciales).

1. _____ Aviso de prácticas de privacidad entregado – El paciente no puede firmar
2. _____ Aviso de prácticas de privacidad entregado – El paciente se negó a firmar
3. _____ Aviso de prácticas de privacidad y certificación enviadas por correo postal al paciente

Otro motivo por el cual el paciente no firmó: _____



MRN: _____

Patient Name: _____

PROGRAMA DE LA REMISIÓN DE LOS DEPORTES
SPORTS REFERRAL PROGRAM (Children Playing a Sport at School – High School)
(Niños que juegan un deporte en la escuela – escuela secundaria)

1. ¿Qué escuela asiste su niño?

Nombre de la escuela: _____

Ciudad y zona postal: _____

2. ¿Qué deportes juegan sus niños?

3. ¿Usted sabe si hay un instructor atlético en la escuela o la organización de su niño?

Sí No No sé

4. ¿Si su niño tiene un instructor atlético para su deporte, podemos entrar en contacto con el instructor atlético y dar la información médica para que puedan ayudar con el cuidado de su niño después de nuestro tratamiento?

Sí No

Paciente o representante Signature (Patient or Representative Signature) Fecha (Date) Hora (Time)

Si es firmado por alguien con excepción del paciente, especifique por favor la relación al paciente:

(If signed by someone other than the patient, please specify relationship to patient)

Firma de Intérprete (Interpreter Signature) Fecha (Date) Hora (Time)

Numero de Intérprete # _____