



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra práctica se compromete a educar a nuestros pacientes sobre los problemas de atención médica que los afectan. Como resultado, le proporcionamos información general sobre la Regla de Privacidad, una regulación federal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) junto con una breve descripción de nuestro Aviso de Privacidad. Nuestra práctica cumple con las regulaciones de HIPAA.

¿Qué es HIPAA y cómo le afecta la Regla de Privacidad? La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) le dio al gobierno federal la capacidad de exigir cómo los planes de atención médica, los proveedores y las cámaras de compensación almacenan y envían la información personal de un paciente en relación con la atención médica. La Regla de Privacidad fue creada para proteger sus derechos como paciente de nuestra práctica y estamos obligados por ley a cumplir con la regulación. Bajo la Regla de Privacidad, se le garantiza el acceso a sus registros médicos, se le permite el control sobre cómo se usa y divulga su información de salud protegida y se le permite tomar medidas si su privacidad se ve comprometida al seguir la política de la práctica. Nuestra práctica se dedica a mantener la privacidad de su información personal.

¿Qué es la información de salud identificable individualmente? Cualquier información de salud que proporcione a nuestra práctica, incluida su dirección postal. Información creada y retenida por nuestra práctica o recibida de otro proveedor de atención médica que se relaciona con su tratamiento, operaciones de atención médica, pago y / o que lo identifica como individuo.

¿Qué es el Aviso de Práctica de Privacidad? Nuestro Aviso oficial de Práctica de Privacidad se publica en nuestra área de recepción e informa a nuestros pacientes sobre sus derechos en torno a la protección de su Información de Salud de Identificación Individual y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información. Este aviso se aplica a todos los registros creados, obtenidos o retenidos por nuestra práctica. Podemos actualizar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Nuestro Aviso de Práctica de Privacidad se publicará en nuestra área de recepción y puede solicitar una copia en cualquier momento.

Las siguientes categorías describen las circunstancias en las que podemos usar y divulgar su información de salud de identificación individual:

Opciones	Tratamiento	Recuerdos de nombramiento
Beneficios y servicios relacionados con la	Pago	Operaciones de atención médica
familiares/amigos	de tratamiento	Descubiertas requeridas por la ley
	salud	Divulgación de información a



Las siguientes categorías describen una situación única en la que podemos divulgar su información de salud identificable individualmente:

Riesgos para la salud	pública	Comité de supervisión de la salud		
Demandas y actividades	órganos y tejidos	similares	Decrecientes	Pacientes fallecidos
Donación de seguridad	Salidas	amenazas graves para la salud o la		
Compensación al Investigador	Militares	Inclusos de Seguridad Nacional	Trabajador	Aplicación de la Ley

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información de salud de identificación individual? Usted tiene derechos con respecto a la información de salud de identificación individual que mantenemos sobre usted. Las políticas y procedimientos para las siguientes circunstancias se enumeran en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad:

1. Comunicaciones confidenciales
2. Solicitud de restricciones
3. Inspección y copias
4. Enmienda
5. Contabilidad de las divulgaciones
6. Derecho a una copia impresa de este Aviso
7. Derecho a presentar una queja
8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones

He leído el breve aviso proporcionado por Physician Care Centers y he sido informado de cómo obtener más información sobre el Aviso de privacidad de la práctica.

Signature

Date

Imprimir Nombre

Fecha



CUESTIONARIO DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE SU DERECHO A DECIDIR

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Aunque no se puede eliminar toda la incerteza sobre sus futuras necesidades de cuidados, tener una DIRECTIVA ANTICIPADA puede darle la tranquilidad que supone dar a conocer sus deseos por adelantado.

Declaración para Rechazar Procedimientos de Prolongación de la vida

- He hecho un testamento en vida
- NO tengo un testamento en vida

Substitución de la Asistencia Médica

- He designado un Sustituto para la Atención Médica
- NO he designado un Sustituto para la Atención Médica

Poder Notarial Duradero

- He designado un Poder Notarial Duradero para la Toma de Decisiones Médicas
- NO he designado un poder notarial Duradero para la Toma de Decisiones Médicas

Si usted tiene un testamento vital y/o un sustituto de atención médica asignado, con gusto haremos una copia de sus documentos y la colocaremos en su expediente.

CUESTIONARIO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

1. Enumere los miembros de la familia u otras personas, si las hay, a las que podemos informar sobre su estado médico general y su diagnóstico (incluyendo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención sanitaria):

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono: _____

Relación: _____ Relación: _____

2. Por favor, enumere los miembros de la familia u otras personas importantes, si las hay, a las que podemos informar sobre su condición médica

SÓLO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

3. Por favor, indique que entiende que toda la correspondencia de nuestra oficina se enviará en un sobre cerrado con la leyenda "**CONFIDENCIAL**": Marque aquí para indicar que esta declaración fue leída.

4. ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (por ejemplo, recordatorios de citas) en el contestador automático o en el buzón de voz? SI NO

5. Por favor, escriba en letra de molde el número de teléfono en el que desea recibir las llamadas sobre sus citas:

- Soy plenamente consciente de que un teléfono móvil no es una línea segura y privada.

Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____



ÓPERACIONES: *Describala y año aproximado.*

Año	Razón

HÓSPITALIZACIONES: *causas por las que ha sido ingresado especialmente en el último año.*

Año	Razón

Lesione graves: *Diferentes a las anteriores.*

Medicamentos: *(marcar si toma cualquiera de los siguientes)*

Asma sibilancias medicamento <input type="checkbox"/> Aspirin, Bufferin, Anacin, Tylenol u otros <input type="checkbox"/> Píldoras de la presión arterial <input type="checkbox"/> Cortisona, prednisona <input type="checkbox"/> Medicina para la tos <input type="checkbox"/> Digitálicos o medicamentos para el corazón <input type="checkbox"/> Hormonas <input type="checkbox"/>	Pastillas de insulina o diabetes <input type="checkbox"/> Medicina de anemia <input type="checkbox"/> Laxantes <input type="checkbox"/> Motrin, Advil, ibuprofeno <input type="checkbox"/> Pastillas para dormir, tranquilizante <input type="checkbox"/> Medicina de tiroides <input type="checkbox"/> Estómago/digest <input type="checkbox"/>	Pastillas reductoras de peso <input type="checkbox"/> Diluyentes de la sangre o Coumadin <input type="checkbox"/> Dilantin <input type="checkbox"/> Diuréticos, píldoras <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Fenobarbital/barbitúricos <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/>
---	--	---

Lista de sus medicamentos recetados y otros, cómo las vitaminas y los inhaladores.

Nombre de la droga	Presentacion	Frecuencia de toma

Alergia a medicamentos?

Nombre de la droga	Reacción que presenta

POR FAVOR TRAIGA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO
A TODAS SUS VISITAS!

Revisión de los sistemas.

Número del Paciente: _____

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.

GENERAL	¿Generalmente se siente agotado o muy cansado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha estado tomando más agua o líquidos ultimamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido alguna pérdida o ganancia inusual de peso recientemente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
CARDIO- VASCULAR	¿Tienes dolor o presión en el frente o la parte posterior de su pecho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tienes alguna inflamación en los pies o los tobillos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Le han dicho que su electrocardiograma era anormal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez siente los latidos de su corazón mas rápido o irregular?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene calambres en los músculos de la pantorrilla al caminar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Sus dedos de las manos o los pies, se le ponen fríos ó insensibles, muy blancos ó azulados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	¿Tienes dolores de cabeza frecuentes ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tienes a menudo episodios de mareos, debilidad o flaqueza?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿A veces pierde la habilidad de hablar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Haz tenido recientemente desmayos, mareos ó perdida el conocimiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tienes problemas para recordar acontecimientos recientes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez haz tenido convulsiones o ataques?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Usted alguna vez ha querido suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha escuchado voces ó ha visto gente cuando nadie está alrededor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
OCULAR	¿Ha tenido algún dolor en tus ojos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido Glaucoma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido visión borrosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido halo alrededor de las luces?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido cambios en la visión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido cataratas o implantes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Usa lentes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuando fue la ultima vez que visito al oculista?		
OTORRINO	¿Tiene algun problema con tu audicion?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene ruidos o zumbido en los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene dolor de oído o secreción de los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene hemorragias nasales frecuentes o graves?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene ronquera persistente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene sangrado de encías?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Utiliza audifonos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
GASTRO- INTESTINAL	¿ha tenido recientemente algún cambio en sus hábitos alimenticios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha observado recientemente algun problema al tragar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene indigestión o ardor de estómago?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha vomitado alguna vez sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Sufre de estreñimiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene heces blandas o liquidas frecuentemente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



PIEL	¿Tiene algun cambio en el color de su piel?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene alguna erupción o picazón?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene algun crecimiento o protuberancias en la piel?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tienes llagas o heridas que no cicatrizan?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene algun cambio en el color o tamaño de verrugas o lunares?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
GENITO-URINARIO	¿Tienes ardor o dolor al orinar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Necesitas ir al baño con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene que levantarse por la noche?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tienes problemas con la pérdida de orina cuando tose o estornuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tienes algun problema de goteo de orina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido alguna vez sangre en la orina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Hombres: Ha tenido alguna operación para prevenir el embarazo? (<i>Vasectomia, esterilización Etc</i>)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hombres: ¿tiene problemas de próstata?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Hombres: ¿Ha sufrido de Herpes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
MUSCULO-ESQUELÉTICO	¿Sufre de dolor de espalda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿El dolor de espalda interfiere con sus actividades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene dolor o rigidez en las articulaciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene problemas para caminar o usar su cadera o rodilla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VÍAS RESPIRATORIAS	¿Tiene resfriados o neumonía frecuente ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene una tos constante o molesta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene tos con sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tienes dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene sibilancias o silbidos en el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

CUESTIONARIO PARA MUJERES

¿Ha tenido algun embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Número de embarazos ____ número de nacidos vivos ____		
¿Ha tenido algún tumor en las mamas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido sangrado anormal de la vagina en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha pasado la menopausia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes algun prolapso (* caída hacia fuera *) de la vagina o el útero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido una histerectomía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene algun flujo vaginal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Has tenido herpes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

VIVIENDA	¿Usted conduce?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Vive solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Hogar propio o rentado?	<input type="checkbox"/> Pro- pia	<input type="checkbox"/> Alqui- ler
	¿Actualmente tiene empleo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Esta retirado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Utiliza algun servicio comunitario ahora? (Comidas en las ruedas, Centros de atencion para mayores.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



PHYSICIAN
CARE CENTERS



Autorización para divulgar información

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

DOB: _____

Autorizo a _____

Centros Médicos de Afiliados:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zip: _____ Phone _____

A.) Autorizo la divulgación de información para:

_____ Atención médica (médicos, etc.) _____ Uso personal _____ Otros: (Abogado, Insurance, Empleador, etc.)

B.) Me estoy transfiriendo del consultorio médico _____

C.) Autorizo la divulgación de mi (*consulte la sección D, si corresponde*) _____ Registro médico completo

-O-

Los registros médicos para el tratamiento específico ~~dan~~ de _____

D.) Autorizo la liberación de las siguientes partes de mi expediente médico:

(*inicial al lado de cada área que se incluirá en la liberación*)

_____ Salud mental _____ Abuso de sustancias _____ VIH/SIDA _____ Enfermedades transmisibles

Entiendo que esta autorización estará vigente durante 180 días a partir de la fecha de firma. Sin embargo, entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento dando aviso oral o escrito al consultorio médico. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Entiendo que una vez que mis registros han sido publicados, el consultorio médico no puede recuperarlos y no tiene control sobre el uso de las copias ya liberadas.

Si mi caso requiere la revisión de una agencia gubernamental u otro profesional médico que participe activamente in mi cuidado para tomar una determinación final, es con mi consentimiento que se enviará una copia de estos registros a la agencia o profesional médico para su revisión.

Paciente/representante

legalFecha

Relación con el paciente

WitnessDate

AVISO: La información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad ha sido protegida por la ley federal y estatal. Se le prohíbe hacer más divulgaciones de dicha información sin el consentimiento específico de la persona a la que pertenece dicha información o según lo permita la ley estatal. Una autorización general NO es suficiente para este propósito.



Hoja demográfica de facturación

Ubicación: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: Seguridad _____ Social # _____ :

Dirección de la calle de la casa: _____

Ciudad, Estado: código _____ Zip: _____

Teléfono de la casa: _____ Cell Teléfono: _____

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Viuda _____ Divorciada

Teléfono de _____ Work del empleador _____

Contacto de emergencia - *(No vivir con usted)*

Nombre: _____

Relación: _____

Información de seguros

Seguro Primario: _____

Dirección postal: _____

Número de identificación: _____

Nombre de los suscriptores: _____

Fecha de Nacimiento: Seguridad _____ Social: _____

Empleador: _____

Seguro Secundario: _____

Dirección postal: _____

Número de identificación: _____

Firma del Paciente o Responsable del Pago: _____

Imprimir Nombre del Paciente o Parte Responsable del Pago: _____

Uso de office:

***ADJUNTE UNA COPIA DEL ANVERSO Y REVERSO DE TODAS LAS
TARJETAS DE SEGURO E IDENTIFICACIÓN***