



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	similares	Decrecientes	Pacientes fallecidos
Donación de	órganos y tejidos	Salidas	amenazas graves para la salud o la
seguridad			
Compensación al	Militares	Inclusos de Seguridad Nacional	
Investigación	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

Substitucion de la Asistencia Medica

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

Poder Notarial Duradero

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

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: _____

Direccion: _____ Direccion: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion: _____ Relacion: _____

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: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

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: _____

EVALUACIÓN DE HISTORIA MÉDICA Y PERSONAL DEL PACIENTE

Nombre (<i>Último, primero, M.I.</i>):		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO:	
Dirección:			SOC. SEC #:	
Ciudad:	Estado:		Código postal:	
Email:		Teléfono:		
Empleador:		Tele fóno del empleador:		
Pariente más cercano:		Relación:	Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono : ()	Trabajo:
Fecha del último examen físico:		Médico de referencia o anterior:		Teléfono:

HISTORIA DEL PACIENTE (*comprobar si tiene cualquier de los siguientes*)

Equipos me dió:	<input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> oxígeno <input type="checkbox"/> Caminadora <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> nebulizador	Utilizas: Lentes ___ Ayuda escuchar ___
Historia social de:	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Fumar	
	<input type="checkbox"/> Drogas	RELIGIÓN:
Estado civil:	Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Vive sólo <input type="checkbox"/>	
Las vacunas y las fechas:	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Neumonía
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela
	<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> MMR <i>sarampión, paperas, rubéola</i>

HISTORIA DE LA FAMILIA	VIVO	MUERTOS	EDAD	CAUSA DE LA MUERTE
MADRE				
PADRE				
HERMANO				
HERMANA				

MARCA SI HAZ SUFRIDO ALGUNA	Sí			No			Un Familiar				
	Sí	No	Un Familiar	Sí	No	Un Familiar	Sí	No	Un Familiar		
Uso excesivo de alcohol				Epilepsia				Tratamiento de radiación			
Alergias				Frecuente infecciones de la vejiga				Fiebre reumática			
Anemia				Enfermedad de la vesícula biliar				D. enfermedades de transmisión sexual			
Artritis				Bocio				Anemia de células falciformes			
Asma				Gota				Úlceras de estómago			
Tendencia de la sangría				Fiebre del heno				Accidente cerebrovascular			
Cáncer				Ataque al corazón				Intento de suicidio			
Varicela				Pólipos intestinales				Tiroides			
Colitis				Ictericia				Tuberculosis			
Enfermedad cardíaca congénita				Leucemia				Tos ferina			
Depresión				Contra el sarampión				Otros			
Diabetes				Migraña							
Diálisis				Paperas							
Enfisema				Ataque de nervios							

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
OCULAR	¿Alguna vez ha escuchado voces ó ha visto gente cuando nadie está alrededor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿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
OTORRINO	¿Cuando fue la ultima vez que visito al oculista?		
	¿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 RESPIRA- TORIAS	¿Tiene resfriados o neumonia 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 mayors.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Autorización para divulgar información

Nombre: _____ DOB: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Autorizo que se divulguen copias de mis registros médicos como se indica a continuación:

LIBERAR REGISTROS DE:	ENVIAR REGISTROS A: PCC MEDICAL HOLDINGS
Oficina del Doctor:	PCC Location:
Dirección:	Dirección:
Ciudad: Estado: Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Fax:	Fax:

A.) Autorizo la divulgación de información para:

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

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

-O-

Los registros médicos para el tratamiento específico: _____ to _____

C.) 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

Fecha

Relación con el paciente

Testigo

Fecha

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: _____ Medico/Medica: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Dirección de la calle de la casa: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Email: _____

Teléfono de la casa: _____ Cell Teléfono: _____

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Viuda _____ Divorciada

Teléfono de Empleador: _____ Empleador: _____

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

Nombre: _____ Telefono: _____

Relación: _____

Información de seguros

Seguro Primario: _____

Dirección postal: _____

Número de identificación: _____

Nombre de los suscriptores: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro 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**