

# REGISTRO E HISTORIAL QUIROPRÁCTICO

## 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_  
SS/HIC/ID Paciente \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Casado  Viudo  Soltero  Menor  
 Separado  Divorciado  En pareja durante \_\_\_\_\_ años  
Empleador/Escuela del paciente \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Domicilio del empleador/escuela \_\_\_\_\_  
Teléfono del empleador/escuela (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  
Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_  
¿A quién podemos agradecer su referencia? \_\_\_\_\_

## 2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros. \_\_\_\_\_  
Grupo # \_\_\_\_\_  
¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional?  Sí  No  
Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros. \_\_\_\_\_  
Grupo # \_\_\_\_\_  
**CESIÓN Y DIVULGACIÓN**  
Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al \_\_\_\_\_  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros \_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.  
El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.  
Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_  
Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

## 3 NÚMEROS DE TELÉFONO

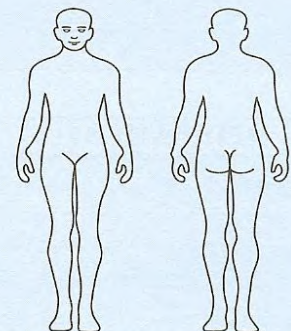
Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Mejor momento y lugar para contactarlo \_\_\_\_\_  
**EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON**  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 4 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente?  Sí  No Fecha \_\_\_\_\_  
Tipo de accidente  Auto  Trabajo  Hogar  Otro  
¿Ante quién presentó un reporte del accidente?  
 Seguro de automóvil  Empleador  Compañía de seguro laboral  Otro  
Nombre del abogado (si corresponde) \_\_\_\_\_

## 5 ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita \_\_\_\_\_  
¿Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_  
¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva?  Sí  No  No sabe  
Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.  
Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) \_\_\_\_\_  
Tipo de dolor:  Agudo  Leve  Pulsante  Entumecimiento  Angustiante  Punzante  
 Ardor  Comezón  Calambres  Rigidez  Hinchazón  Otro  
¿Con qué frecuencia siente este dolor? \_\_\_\_\_  
¿Es constante o viene y se va? \_\_\_\_\_  
¿Interfiere con su  trabajo  sueño  rutina diaria  recreación  
Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar  Sentarse  Pararse  Caminar  Inclinarsse  Acostarse



# 6

## HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud?  Medicamentos  Cirugía  Fisioterapia

Servicios quiroprácticos  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud \_\_\_\_\_

Fecha del último: Examen físico \_\_\_\_\_ Rayos X de columna vertebral \_\_\_\_\_ Análisis de sangre \_\_\_\_\_

Examen de columna \_\_\_\_\_ Radiografía de tórax \_\_\_\_\_ Análisis de orina \_\_\_\_\_

Radiografía odontológica \_\_\_\_\_ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría \_\_\_\_\_

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros _____	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta Presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### EJERCICIO

- Ninguno
- Moderado
- Diariamente
- Intenso

### ACTIVIDAD LABORAL

- Permanecer sentado
- Permanecer parado
- Trabajo liviano
- Trabajo intenso

### HÁBITOS

- Fumar
- Alcohol
- Café/bebidas con cafeína
- Alto nivel de estrés

Paquetes por día \_\_\_\_\_  
 Tragos por semana \_\_\_\_\_  
 Tazas por día \_\_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada?  Sí  No Fecha de parto \_\_\_\_\_

Lesiones/cirugías pasadas	Descripción	Fecha
Caidas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____

# 7

## MEDICAMENTOS

## ALERGIAS

## VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nombre de la farmacia _____	_____	_____
Teléfono de la farmacia (____) _____	_____	_____

# INFORMACIÓN SOBRE EL VEHÍCULO ACCIDENTE

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha del accidente \_\_\_\_\_ Hora del accidente \_\_\_\_\_  a.m.

p.m.

Por favor, describa el accidente con sus propias palabras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Era usted el:  Conductor  Pasajero del asiento delantero  Pasajero del asiento trasero  Peatón Cuántas personas se encontraban en el vehículo involucrado en el accidente? \_\_\_\_\_

## LUGAR DEL ACCIDENTE

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

Intersección más cercana \_\_\_\_\_

Condiciones para la conducción  Seco  Húmedo  Hielo  
 Otros \_\_\_\_\_

¿En qué dirección iba usted? \_\_\_\_\_

¿A qué velocidad iba? \_\_\_\_\_

## IMPACTO

¿Su auto se impactó contra otro vehículo?  Sí  No

¿Su auto se impactó contra una estructura?  Sí  No

Si respondió sí, explique \_\_\_\_\_

¿Alguna parte de su cuerpo golpeó algo en el vehículo?

Sí  No Si respondió sí, explique \_\_\_\_\_

El impacto provino de la parte:

Delantera  Trasera  Izquierda  Derecha  Otra \_\_\_\_\_

En el momento del impacto, usted estaba:

Mirando hacia adelante  Mirando hacia la derecha

Mirando hacia la izquierda  Mirando hacia abajo

Mirando hacia arriba

¿Sus dos manos estaban sobre el volante?  Sí  No

Si respondió no, ¿qué mano estaba sobre el volante?

Derecha  Izquierda

¿Su pie estaba sobre el freno?  Sí  No

Si respondió sí, ¿cuál de sus pies estaba sobre el freno?

Derecho  Izquierdo

Usted:  Se sorprendió con el impacto

Estaba preparado para el impacto

## VEHÍCULO

Marca y modelo del vehículo en el que usted iba:

\_\_\_\_\_

¿Llevaba cinturón de seguridad?  Sí  No

Si respondió sí, ¿de qué tipo?  Falda  Hombro

¿El vehículo estaba equipado con bolsas de aire?  Sí  No

Si respondió sí, ¿se activaron correctamente?  Sí  No

¿Su asiento contaba con apoyacabeza?  Si  No

Si respondió sí, ¿cuál era la posición del apoyacabeza?

Bajo  Medio  Alto

## OTRO VEHÍCULO

(si corresponde)

Marca y modelo del otro vehículo \_\_\_\_\_

¿En qué dirección iba el otro vehículo? \_\_\_\_\_

Velocidad del otro vehículo \_\_\_\_\_

## POLICÍA

¿Fue la policía al lugar del accidente?  Sí  No

¿Hubo algún testigo?  Sí  No

¿Se presentó un reporte policial?  Sí  No

¿Se emitió una constancia de violación de normas de tránsito?

Sí  No

Si la respuesta fue sí, ¿para quién? \_\_\_\_\_

## ESTADO DEL PACIENTE

¿Quedó usted inconsciente inmediatamente después del accidente?  Sí  No

Si respondió sí, ¿durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Describe cómo se sintió inmediatamente después del accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO

¿Fue usted al hospital?  Si  No

¿Cuándo fue al hospital?  Inmediatamente después del accidente  Al día siguiente  2 días o más después del accidente

¿Cómo llegó al hospital?  En ambulancia  Por transporte privado

Nombre del hospital \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido \_\_\_\_\_

Rayos X \_\_\_\_\_

## SÍNTOMAS/LESIONES

¿Ha podido trabajar desde que sufrió esta lesión?  Sí  No ¿Cuántos días laborables debió faltar? \_\_\_\_\_

Antes de la lesión, ¿podía usted trabajar igual que otras personas de su edad?  Si  No

Si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde la lesión, por favor  marque:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el brazo/hombro | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de los pies/dedos de los pies   | <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello        |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de las manos/dedos de las manos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento del cuello |
| <input type="checkbox"/> Rigidez de la columna    | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                              | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho        | <input type="checkbox"/> Irritabilidad                                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir    |
| <input type="checkbox"/> Mareos                   | <input type="checkbox"/> Problemas en la mandíbula                      | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales     |
| <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos    | <input type="checkbox"/> Dolor en la pierna                             | <input type="checkbox"/> Tensión                   |
| <input type="checkbox"/> Ruidos en los oídos      | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria                             | <input type="checkbox"/> Visión borrosa            |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                   | <input type="checkbox"/> Náuseas  |  |

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva?  Sí  No  No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) \_\_\_\_\_

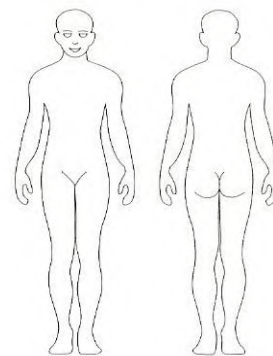
Tipo de dolor:  Agudo  Leve  Pulsante  Entumecimiento  
 Angustiante  Punzante  Ardor  Comezón  
 Calambres  Rigidez  Hinchazón  Otro \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia siente este dolor? \_\_\_\_\_

¿Es constante o viene y se va? \_\_\_\_\_

¿Interfiere con su:  trabajo  sueño  rutina diaria  recreación?

Movimientos que le resulta doloroso realizar:  Sentarse  Pararse  Caminar  Inclinarsse  Acostarse



Según mi leal saber y entender, la información precedente es completa y correcta. Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor de edad, experimentamos algún cambio en nuestro estado de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente







# ACUERDO FINANCIERO

Nos gustaría que usted tome un momento para darle la bienvenida a nuestra oficina y asegurarles que estará recibiendo el mejor cuidado disponible. Con el fin de familiarizarse con las políticas financieras de nuestra oficina, nos gustaría explicar cómo tratar sus facturas médicas. Todas las partes pacientes de cargos para el tratamiento en esta Oficina son debidamente y por pagar en el momento que se realiza el servicio. Es la primera visita que deban pagarse en completo en el momento de servicio para todos los pacientes con o sin beneficios de seguros (excepto de operarios compensación o lesiones personales). **Por favor inicial donde se aplica.**

## Plan De Pagos

\_\_\_\_\_ **PAGO PRIVADO:** Estoy de acuerdo en pagar por cada visita en el momento de servicio o se está de acuerdo en pagar por adelantado para visitas sobre una base de semanales/mensuales. \* Descuentos se ofrecen con planes de prepago de visita. \*

\_\_\_\_\_ **PRIVADO/SEGURANSA:** Comprendo que los términos de mi póliza de seguro son entre la compañía de seguros y yo mismo. Debe mi compañía de seguros negar cualquier cargos incurridos, voy a ser personalmente responsable por el pago por dichos servicios en su totalidad. Estoy de acuerdo pagar mi importe deducible anual y mi cantidad de coaseguro en el momento de servicio o pagar por adelantado sobre una base de semanales/mensuales. Voy a pagar para la primera visita en su totalidad en el momento de servicio. Que el pago se aplicará hacia mi importe anual de coaseguro deducibles, o será totalmente reembolsado si mi seguro paga el 100%. \* Como una cortesía, nuestro personal verificará sus beneficios de seguro de salud, pero no podemos garantizar el pago o la exactitud de beneficios que la seguransa nos digo.\*

\_\_\_\_\_ **MEDICARE:** Entiendo que mi póliza de seguro de Medicare sólo cubre el 80% de los gastos permitidos para los procedimientos de manipulación espinal, interpretadas por un quiropráctico. Todo que otros cargos no se consideran cubiertos por Medicare. Estoy de acuerdo con ser personalmente responsable por el pago de mi importe deducible, mi importe de copago para servicios cubiertos y para todos los servicios no cubiertos, tales como: radiografías, vitaminas y suplementos, almohadas o soportes.

\_\_\_\_\_ **HERIDAS PERSONALES:** Estoy de acuerdo permitir a Dr. Kelly Lucas a presentar todos los cargos incurridos por este accidente a mi política de automóviles pago médica. Más coincido en que si no cobertura médica está disponible con mi seguro de auto o si escape mis beneficios, que voy a ser personalmente responsable de pagar todos los cargos incurridos. Si la cobertura médica no está disponible en mi póliza de seguro de auto que puede ser facturado mi seguro de salud privado.

\_\_\_\_\_ **LIEN DE ABOGADO:** Tengo entendido que Dr. Kelly Lucas ha accedido a mantener el saldo de cualquier cargo no remunerado en derecho de retención con mi abogado. Además, entiendo que si cambiar de abogados o la versión de este abogado antes a la solución de mi reclamo, este acuerdo es nulo, y estoy de acuerdo en pagar el saldo completo debido inmediatamente.

\_\_\_\_\_ **LIEN MÉDICA DE TERCEROS:** Reclamar (no abogado): entiendo que estoy haciendo una demanda en contra de una tercera parte de la política de seguro y que esta política no reembolsar el médico directamente para cualquier servicio incurridos como resultado de mi reclamación. Estoy de acuerdo en que estoy personalmente responsable de pagar los cargos incurridos en una base de diarios/semanales/mensuales o en el momento de la liquidación de mi reclamación.

\_\_\_\_\_ **COMPESACION A TRABAJADORES HERIDOS:** Entiendo que estoy presentar reclamación de compensación de un trabajador. También entiendo si no sigo recomendaciones el médico para el cuidado o si echo de menos citas mi reclamación puede ser denegada. Si mi reclamación se niega debido a mi falta de seguir la recomendación del médico para el tratamiento o porque echo de menos citas entiendo que seré responsable del equilibrio de la factura.

\_\_\_\_\_ **PERDIDA DE CITA:** entiendo y acepto que pagar una cuota de \$ 25.00 a una cita perdida que hice no cancelada dentro de un aviso de 24 horas. Tengo entendido que esta tarifa incluye una cita de masaje, así, si no cancelo lo hizo en el plazo de 24 horas.

Además, entiendo que si suspender o terminar mi atención con esta Oficina, mi saldo será inmediatamente debido y pagadero.

He Leído Y Está De Acuerdo Con Lo Anterior:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente

A Cumplimentar Por Paciente Del Representativo Si El Paciente Es Un Menor O Incapacitado:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Del Padre O Guardián Legal

# SU PRIVACIDAD ES IMPORTANTE

**Dr. Kelly K. Lucas, DC**  
1500 East Katella Ave. Unit G  
Orange, CA 92867  
714-639-7654

## 1. Nuestro Compromiso Con Información Médica

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en nuestra oficina. Necesitamos estos registros para ofrecerle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos utilizar y compartir información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos sobre el uso y la divulgación de información médica.

\* Estas prácticas de privacidad están en vigor y permanecerán en efecto hasta nuevo aviso.

## 2. Nuestra Obligación Legal

### La Ley Nos Obliga A:

1. Mantenga su información médica privada.
2. Darle este aviso que describe nuestros derechos legales, prácticas de privacidad y sus derechos sobre su información médica.
3. Cumplir con los términos del aviso actual.

### Tenemos El Derecho A:

1. Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que la ley permite estos cambios.
2. Realice los cambios y los nuevos términos de nuestras prácticas de privacidad para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información previamente grabada o recibido antes de los cambios.

### Aviso De Cambio De Las Prácticas De Privacidad:

Antes de hacer cualquier cambio importante, vamos a cambiar este aviso y tener el nuevo aviso disponible bajo petición.

## 3. Uso Y Divulgación De Su Información Médica

Hemos enumerado todas las diferentes maneras en que estamos autorizados a utilizar y divulgar la información médica, sin embargo, no todo uso o divulgación se enumerarán, pero no vamos utilizar o divulgar su información médica para cualquier propósito no enumerado a continuación sin su específica autorización por escrito.

### Para Tratamiento:

Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médico. Podemos divulgar su información médica a médicos, técnicos u otras personas que están tomando el cuidado de usted. También podemos compartir su información médica a otros proveedores de atención médica para ayudarles en su tratamiento.

### Para El Pago:

Podemos utilizar y divulgar su información médica para fines de pago. Un proyecto de ley puede ser enviada a su seguro o directamente a usted y puede incluir su información médica.

### Para Las Operaciones De Atención De La Salud:

Podemos utilizar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Esto podría incluir la evaluación del desempeño de los empleados, medir y mejorar la calidad,

llevando a cabo programas de capacitación y obtener la acreditación, certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle.

### Accesos Y Usos Adicionales:

Además de utilizar y divulgar su información médica para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, podemos utilizar su información médica para los siguientes propósitos.

### Notificación:

Podemos usar o divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar: un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Compartiremos la información sobre su ubicación, condición general o muerte. Si usted está presente le daremos la oportunidad de dar o negar el permiso, si es posible antes de compartir cualquier información. En caso de emergencia y no es capaces de dar o negar el permiso, vamos a utilizar nuestro juicio profesional y compartir sólo la información de salud que es necesaria para su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones sobre lo que la otra persona puede recoger cualquier medicina, suministros médicos, Rayos X o información médica para usted.

### Ayuda En Desastres:

Podemos compartir su información médica con una organización pública o privada o persona que legalmente puede ayudar en los esfuerzos de alivio de desastre.

### Recaudación De Fondos:

Podemos proporcionar información médica a una de nuestras bases de recaudación de fondos afiliados en contacto con usted para fines de recaudación de fondos solamente. Limitamos nuestro uso y el intercambio de información que se describe en general y no personal, así como los términos y fechas de su atención médica. También se le proporcionará una descripción de cómo se puede optar por no recibir comunicaciones futuras de recaudación de fondos.

### Investigación En Circunstancias Limitadas:

Podemos utilizar su información médica para fines de investigación en donde la investigación ha sido aprobada por una Junta de revisión que ha examinado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de la información médica.

### Director De La Funerari, Médico Forense:

Podemos compartir información médica de una persona que ha muerto con un médico forense, director de funeral o una organización de adquisiciones del órgano para ayudarlos a desempeñar sus funciones.

### Funciones Especializadas Del Gobierno:

Sujeto a ciertos requisitos, podemos revelar o usar información médica para el personal militar y veteranos, seguridad nacional y las actividades de inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones de idoneidad médica para el departamento de Estado, las instituciones correccionales y otras situaciones de custodia de aplicación de ley y para los programas de gobierno proporcionar beneficios públicos.

## Órdenes Judiciales Y Procedimientos Judiciales Y

### Administrativos:

Podemos usar o divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal bajo ciertas circunstancias. Bajo circunstancias limitadas, tales como una orden judicial o una citación del gran jurado, podemos compartir su información médica con los agentes del orden. Podemos compartir información limitada con un funcionario de aplicación de la ley relativas a la información médica de un sospechoso, fugitivo, testigo material y víctima de un delito o persona desaparecida. Podemos compartir la información médica de un preso u otra persona en la custodia legal de un oficial de la ley o institución correccional bajo ciertas circunstancias.

### Actividades De Salud Pública:

Como es requerido por la ley, podemos divulgar información médica para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluido el abuso o negligencia infantil. La Administración de Alimentos y Drogas para fines de presentación de informes de eventos asociados con problemas o defectos del producto para permitir el retiro de productos, reparaciones o reemplazos, para realizar un seguimiento de los productos, o para llevar a cabo las actividades requeridas por La Administración de Alimentos y Drogas. Nos podemos también, cuando estamos autorizados por la ley para hacerlo, notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que corren el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

### Víctimas De Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica:

Podemos utilizar y divulgar su información médica a autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o posible víctima de otros delitos. Podemos compartir su información médica para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o seguridad de los demás. Cuando es necesario podemos compartir su información médica para ayudar a los funcionarios encargados de la ley a capturar a una persona que ha admitido ser parte de un crimen o ha escapado de custodia legal.

### Compensación De Trabajadores:

Cuando autorizado o necesario podemos divulgar información médica para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares.

### Actividades De Supervisión Médica:

Podemos divulgar información médica a una agencia que proporciona supervisión de salud para las actividades de supervisión autorizadas por la ley, incluyendo auditorías, civiles, investigaciones administrativas o penales o procedimientos, inspecciones, licencia o acciones disciplinarias u otras actividades autorizadas.

### Aplicación De La Ley:

Podemos divulgar información médica a funcionarios encargados de la ley en determinadas circunstancias. Estos incluyen informes

requeridos por ciertas leyes (informes de ciertos tipos de heridas), con arreglo a ciertas órdenes judiciales o citaciones, información limitada sobre la identificación y localización a petición de un oficial de la ley, informar de la muerte, crímenes en nuestras instalaciones y crímenes en situaciones de emergencia.

### Recordatorios De Citas:

Podemos utilizar su información para los fines de enviarle postales, llamadas de recordatorio o textos para recordarle de sus citas.

### Servicios Médicos Alternativos Y Adicionales:

Podemos utilizar su información médica para proporcionar información sobre la salud relacionados con los beneficios y servicios que puedan ser de interés para usted, y para describir o recomendar tratamientos alternativos.

## 4. Sus Derechos Individuales

### Usted Tiene El Derecho A:

1. Obtener copias o ver ciertas partes de su información médica. Usted debe hacer la solicitud por escrito y usted puede solicitar que proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias y vamos a intentar de utilizar el formato que usted solicitó a menos que no es práctico para nosotros hacerlo. Puede haber cargos para copiar y para gastos de envío si desea que las copias sea enviadas a usted.
2. Recibir una lista de todos los tiempos que nosotros o nuestros asociados de negocios hemos compartido su información médica para fines distintos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica u otras excepciones que se especifican.
3. Solicitar a imponer restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar las restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia).
4. Solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios diferentes o diferentes lugares.
5. Solicitar que cambiemos ciertas partes de su información médica. Podemos negar su petición si no creamos la información que desea cambiar o por otras razones, y le proporcionará una explicación por escrito. Si aceptamos su solicitud haremos todos los esfuerzos razonables para decir a los demás del cambio y para incluir los cambios en cualquier futuro intercambio de esa información.

## Preguntas Y Quejas

Si usted tiene alguna pregunta o si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede hablar con nuestro Oficial de Privacidad y presentar una queja por escrito. Usted puede presentar una denuncia por escrito al departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos. Nosotros le proporcionaremos la dirección y no tomar represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja.

Firma Abajo Es El Reconocimiento Que Usted Entiende Y Ha Recibido Este Aviso De Las Prácticas De Privacidad

Nombre Del Paciente (Imprimir)

Firma Del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Para Ser Completado Por El representante Del Paciente Si El Paciente Es Un Menor O Incapacitado:

Nombre Del Padre O Guardián Legal

Firma Del Padre O Guardián Legal

Fecha: \_\_\_\_\_