



## Información Demográfica Inicial del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_

**Raza:** (Tachar todos lo que corresponda)

- Blanco
- Asiático
- Nativo de Hawái/Islas del Pacifico
- Indio Americano/Nativo Americano de Alaska
- Negro/ Afroamericano

**Origen Ético:**

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino
- Rehusó a reportar

**Idioma:** (Principal)

- Inglés
- Español

<b>MADRE</b>	<b>MADRASTA</b>	<b>TUTOR LEGAL</b>	(Maque con un círculo)	<b>PADRE</b>	<b>PADRASTRO</b>	<b>TUTOR LEGAL</b>
Nombre: _____				Nombre: _____		
N° de Casa: _____				N° de Casa: _____		
N° Celular: _____				N° Celular: _____		
N° Trabajo: _____				N° Trabajo: _____		
Fecha de Nacimiento: ____/____/____				Fecha de Nacimiento: ____/____/____		
N° Seguro Social: _____				N° Seguro Social: _____		
Empleador: _____				Empleador: _____		

Si el paciente vive en dos direcciones distintas, por favor proporcione. Esta dirección es de:  La Madre  El Padre  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos contactar en caso de una emergencia y si es necesario divulgar información necesaria de salud protegida? Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información del Seguro Primario: (Su tarjeta de seguro es requerida al momento de la cita)

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_  
Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Información del Seguro Secundario: (Su tarjeta de seguro es requerida al momento de la cita)

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_  
Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**El consentimiento para tratar y Responsabilidad Declaración** - Yo, actuando como guardián del paciente nombrado, por este medio doy mi consentimiento para que el paciente reciba evaluación médica y tratamiento por parte de los proveedores de Yavapai Pediatrics. He recibido una copia de las Reglas de Privacidad de Yavapai Pediatrics y autorizo a las personas nombradas arriba, para recibir información de salud protegida de mi hijo/a. Asigno todos los beneficios y los pagos de mi compañía de seguros a pagar directamente a Yavapai Pediatrics. Entiendo que si por alguna razón mi seguro no hace los pagos, yo soy responsable de todos los servicios. Acepto la responsabilidad de co-pagos, deducibles, co-seguros y otros saldos no pagados por el seguro. Autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para procesar este reclamo y pertinente a la atención médica de mi hijo/a y otros beneficios correspondientes. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia o fax de esta asignación se considera que es tan válida como el original. También entiendo que al firmar abajo, autorizo el uso de información personal de salud del paciente antes mencionado que se utilizará para proporcionar el tratamiento necesario, el pago y otras operaciones de atención médica. Cualquier otro uso de esta información se requiere una autorización separada que autorice tales usos.

Una firma es necesaria para que podamos procesar reclamaciones de seguros y para garantizar el pago por los servicios prestados

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Witness Initials \_\_\_\_\_

# Forma de HIPAA

## Aviso Sobre Practicas de Privacidad

### Aviso Sobre Prácticas De Privacidad (3/03)

Este aviso describe cómo se puede utilizar la información sobre su salud y divulgar y cómo usted puede tener acceso a esta información. A partir del 14 de abril de 2003, y se aplica a toda la información de salud protegida contenida en sus expedientes médicos mantenidos por nosotros. Contamos con las siguientes obligaciones respecto al mantenimiento, uso y divulgación de su información médica:

- (1) Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida en sus registros y para proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a esa información.
- (2) Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso actualmente vigente.
- (3) Reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, por lo que las nuevas disposiciones efectivas para toda la información de salud y los registros que tenemos y seguimos manteniendo. Todos los cambios en este Aviso serán claramente visibles y disponibles en nuestra oficina.

Hay una serie de situaciones en las que podemos usar o divulgar a otras personas o entidades a su información confidencial de salud. Ciertos usos y divulgaciones requieren que usted firme un reconocimiento que ha recibido este Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Estos incluyen el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Cualquier uso o divulgación de su información de salud protegida requerida para distinto tratamiento, pago u operaciones de cuidado de cualquier cosa requiere que usted firme una autorización. Ciertas revelaciones que son requeridas por la ley o en circunstancias de emergencia, se pueden hacer sin su reconocimiento o autorización. Bajo ninguna circunstancia, vamos a utilizar o divulgar solamente la cantidad mínima de información necesaria de sus registros médicos para lograr el propósito deseado de la descripción.

Vamos a intentar de buena fe obtener su reconocimiento firmado que ha recibido este aviso de usar y divulgar su información médica confidencial a los siguientes fines. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivas, sino describir los tipos de usos y revelaciones que pueden ser hechos por nuestra oficina una vez que haya dado su consentimiento.

**Tratamiento:** Utilizaremos su información médica para tomar decisiones acerca de la provisión, coordinación o administración de su atención médica, incluyendo el análisis o diagnóstico de su enfermedad y determinar el tratamiento adecuado para esa condición. También puede ser necesario compartir su información de salud con otro médico a quien tenemos que consultar con respecto a su cuidado. Estos son sólo ejemplos de los usos y divulgaciones de información médica con fines de tratamiento que pueden o no ser necesarios en su caso.

**Pago:** Es posible que necesitemos utilizar o divulgar información en su expediente médico para obtener el reembolso de usted, o de otra fuente pago por nuestros servicios prestados a usted para el reembolso. Esta información también puede ser utilizada para los datos de salud relacionados con el procesamiento a través de nuestro sistema.

**Operaciones:** Los registros de salud pueden ser utilizados en la planificación de negocios y operaciones de desarrollo, incluidas las mejoras en nuestros métodos de funcionamiento, y funciones administrativas generales. También podemos utilizar la información en la planificación general de cumplimiento, las actividades de revisión de la salud, y la organización de las funciones legales y de auditoría.

Hay ciertas circunstancias en las cuales podemos utilizar o divulgar su información médica sin antes obtener su reconocimiento o autorización. Estas circunstancias implican generalmente las actividades de salud pública y la supervisión, las actividades de aplicación de la ley, los procedimientos judiciales y administrativos, y en caso de fallecimiento. Específicamente, podemos estar obligados a informar a determinados organismos de información sobre determinadas enfermedades transmisibles, las enfermedades de transmisión sexual o estatus de VIH / SIDA. También es posible que estemos obligados a denunciar casos de sospecha de abuso o documentados, negligencia o violencia doméstica. Tenemos la obligación de informar a las agencias apropiadas y los funcionarios policiales de información que usted u otra persona están en peligro inminente de peligro para la salud o la seguridad como resultado de la actividad violenta. Podemos comunicarnos con usted de vez en cuando para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud. Vamos a intentar hablar en voz baja para que de una manera razonablemente calculada para evitar la divulgación de su información médica a otros.

**Otras personas involucradas en su atención médica:** A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo o cualquier otra persona que usted identifique, su información de salud protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u oponerse al tal revelación, podemos revelar dicha información cuando sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, de su ubicación, condición general o muerte. Por último, podemos utilizar o divulgar su información protegida de salud a una entidad pública o privada autorizada para asistir en los esfuerzos de alivio de desastres y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

**Barreras de Comunicación y Emergencias:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida si intentamos obtener el consentimiento de usted, pero no pueden hacerlo debido a las barreras de comunicación sustanciales y determinar, con criterio profesional, que tiene la intención de dar su consentimiento para el uso o divulgación bajo las circunstancias. Podemos usar o divulgar su información médica protegida en una situación de tratamiento de emergencia. Si esto ocurre, vamos a intentar obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de la entrega del tratamiento. Si estamos obligados por ley o como una cuestión de necesidad de atenderlo, y hemos intentado obtener su consentimiento, pero no hemos sido capaces de obtener su consentimiento, aún podemos usar o divulgar su información protegida de salud para su tratamiento.

Excepto como se indica arriba, su información de salud no será utilizada o revelada a ninguna otra persona o entidad sin su autorización específica, la cual podrá ser revocada en cualquier momento. En particular, excepto hasta el punto la divulgación se ha hecho a las entidades gubernamentales requeridas por la ley a mantener la confidencialidad de la información, la información no será compartida más que cualquier otra persona o entidad con respecto a la información sobre el tratamiento de la salud mental, drogas y alcohol el abuso, el VIH / SIDA o enfermedades de transmisión sexual que pueden estar contenidos en sus registros de salud. Nosotros tampoco divulgaremos su información de salud el expediente a un empleador para propósitos de tomar decisiones de empleo, a un asegurador de responsabilidad civil o un abogado como consecuencia de las lesiones sufridas en un accidente de automóvil, o para las autoridades educativas, sin la autorización por escrito.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información de su expediente médico, de la siguiente manera:

- (1) Usted puede solicitar que limitemos el uso y divulgación de su información de expediente médico para tratamiento, pago y operaciones, o restricciones acerca de su cuidado o pago relacionado con ese cuidado. Usted también tiene el derecho de restringir la divulgación de información encuentro a un asegurador si se paga por completo de su bolsillo. No estamos obligados a aceptar la restricción, sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con ella, excepto en lo relativo a las emergencias, la divulgación de la información a usted, o si es requisito por ley a hacer una divulgación completa y sin restricción.

- (2) Usted tiene el derecho a solicitar recibo de las comunicaciones confidenciales de su información médica por un medio alternativo o en un lugar alternativo. Si necesita dicho alojamiento, se le podría cobrar una tarifa por el alojamiento y le pedirá que especifique la dirección alternativa o método de contacto y cómo el pago será manejada.
- (3) Usted tiene el derecho de inspeccionar, copiar y solicitar modificaciones a sus expedientes médicos. El acceso a sus registros de salud no va a incluir notas de psicoterapia contenidas en ellos, o la información compilada en la anticipación de o para su uso en una acción o procedimiento en que su acceso está restringido por la legislación civil, penal o administrativa. Le cobraremos una tarifa razonable por una copia de su historia clínica, o un resumen de los registros, a petición del cliente, que incluye el costo de las copias, envío y preparación o una explicación o resumen de la información. También puede solicitar copias electrónicas de información guardada electrónicamente.
- (4) Todas las solicitudes de inspección, copia y / o modificación de la información en sus registros de salud, y todas las solicitudes relacionadas con sus derechos en virtud de la presente Notificación, deben hacerse por escrito y dirigida al Oficial de Privacidad en nuestra dirección. Nosotros responderemos a su solicitud en el momento oportuno.
- (5) Usted tiene un derecho limitado a recibir un informe de todas las divulgaciones que hacemos a otras personas o entidades de su información de salud, excepto para las divulgaciones requeridas para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, divulgaciones que requieren una autorización, divulgación incidental a otro uso o divulgación no autorizada, y por otra parte de lo permitido por la ley. No le cobraremos la primera contabilidad en cualquier período de doce meses, sin embargo, se le cobrará una tarifa razonable para cada solicitud posterior de cuentas en el mismo período de doce meses.
- (6) Si esta notificación fue proporcionada inicialmente de forma electrónica, usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso y llevarse una a casa con usted si lo desea.

Usted puede presentar una queja por escrito a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad con respecto a la información confidencial de sus registros de salud han sido violados. Todas las quejas deben presentarse por escrito y debe ser dirigida al Oficial de Privacidad (en el caso de las quejas a nosotros) o a la persona designada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., si no podemos resolver sus dudas. No habrá represalias su contra por presentar dicha queja. Se informará Cualquier incumplimiento. Hay más información disponible acerca de las quejas en el sitio web del gobierno, <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>.

Firma del Paciente/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Todas las preguntas acerca de este aviso o las solicitudes presentadas en conformidad con el que deben dirigirse a:

YAVAPAI PEDIATRICS  
3001 N. MAIN ST., SUITE 1C PRESCOTT  
VALLEY, AZ 86314 (928) 458-5470



## Historial Medico

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M / F  
**Apellido Anterior (si es diferente al apellido actual):** \_\_\_\_\_

**Por favor anote a todas las personas adicionales en su hogar:**

Nombre	Edad	Relación con el paciente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor anote a personas adicionales en la parte posterior

### Historia de Nacimiento

Hospital/Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ **Peso al Nacer:** \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema durante el embarazo o el parto?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando nació su bebe? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días estuvo su bebe en el hospital/Complicaciones? \_\_\_\_\_

### Antecedentes Medico

Por favor anote todas las condiciones médicas crónicas, enfermedades/lesiones agudas o graves:

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo/a algún procedimiento quirúrgico?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado su hijo/a?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a algún tipo de alergia?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido diagnosticado su hijo/a con problemas de comportamiento?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a algún problema con la visión, audición o habla?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma algún medicamento su hijo/a?  si  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

## Historial Familiar

Por favor marque las condiciones presentes de los miembros de su familia: *(por favor explique abajo)*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias                 | <input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento        | <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo    |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Obesidad                        | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar      | <input type="checkbox"/> Enfermedades Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Problemas de Conducta       |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta    | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal                | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental           |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides       | <input type="checkbox"/> Depresión                   |
| <input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento    | <input type="checkbox"/> Cáncer                          | <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol y/o Drogas |
- 
- 
- 

¿Ha fallecido algún hermano/a de su niño/a?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha muerto repentinamente algún miembro de la familia menor de 50 años?  Si  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

## Historial Social

Relación de los Padres:  Casados  Divorciados  Separados  No casados pero viviendo juntos  
 No Casados, no viviendo juntos

¿Asiste a una iglesia y tiene una preferencia religiosa?  Si  No Si es así, ¿Qué? \_\_\_\_\_

¿Asiste su hijo/a alguna guardería?  Sí  No

¿Alguien Fuma?  Sí  No ¿Fuma el Paciente?  Sí  No

¿Hay mascotas en su casa?  Si  No Si es así, ¿Qué? \_\_\_\_\_

¿Si es menor de 8 años su hijo/a, usa un asiento de seguridad o un asiento elevado?  sí  No

¿Usa su hijo/a un casco de bicicleta?  sí  No

¿Hay armas de fuego o armas en su casa?  Sí  No



## Política de la Oficina

### Horario de Oficina

La oficina está abierta de 9:00a.m. a 5:00 p.m., de Lunes a Viernes. Si tiene alguna pregunta de carácter urgente fuera del horario, por favor llame a nuestra oficina y siga las instrucciones indicadas. Si usted tiene una emergencia que amenaza la vida, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencias u hospital más cercano.

### Recetas

Si usted necesita un medicamento o rellenar una receta por favor llame a su farmacia y la farmacia enviara por fax su solicitud de relleno a nuestra oficina. Por favor permita 72 horas para todos los pedidos de reposición de medicamentos para ser procesados. Para evitar quedarse sin medicamento llame a la farmacia por lo menos 3 días antes de su receta se agote.

### Cancelar y No llegar a su cita - \* Todas las cancelaciones requieren 24 horas de aviso de antemano \*

Puede haber una penalización o cargo por faltar a las citas o no cancelar con 24 horas de antelación. El abuso repetido de esto puede resultar en que su hijo (a) sea dado de alta de esta práctica.

### Referencias y autorizaciones previas

El proceso de referencias puede tardar hasta 7-10 días laborales. Esto también incluye la autorización de medicamentos y procedimientos. Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted con información adicional una vez que se haya obtenido la autorización previa ni remisión.

### Resultados de Laboratorio

Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted con los resultados una vez que los hagamos recibido. Si han pasado más de 7 días, favor de llamar a nuestra oficina.

### Visitas de Bienestar Infantil

Tenga en cuenta que las visitas de Bienestar Infantil (chequeo físico o anual) se implicaron solo para cubrir "temas de Bienestar Infantil" (crecimiento, desarrollo, revisión de rutina, etc.) Su compañía de seguros dicta estas directrices. Si su hijo(a) está siendo visto para una visita de Bienestar Infantil y usted tiene inquietudes adicionales, puede que tenga que programar otra cita. Si usted elige tener una cita de Bienestar Infantil y un examen de niño(a) enfermo(a) durante la misma consulta, o un procedimiento que requiere cuidados de seguimiento, usted será responsable por cualquier cargo adicional dictados por la empresa de seguros, incluyendo pero no limitado a un segundo copago /deducible / o co-seguro.

### Financias

Yavapai Pediatrics presentará reclamos a su seguro como una cortesía. Usted es responsable de pagar los copagos, deducibles, co-seguros, y cualquier otros saldos no cubiertos por su seguro. Usted tiene 30 días a partir de la fecha que recibo de su explicación de beneficios para pagar estos saldos. Las compañías de seguros requieren que sometamos todos los reclamos en un plazo específico. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para seguir las pautas establecidas por su compañía de seguros. Sin embargo, si su seguro cambia y usted no nos informa, es posible que seamos incapaces de facturar a la compañía apropiada dentro de estos plazos. Es muy importante que usted mantenga nuestra información actualizada y háganos saber si usted tiene más de una compañía de seguros. De no hacerlo puede resultar en que el saldo se convierta en su responsabilidad. Se espera que usted pague por los servicios que se prestan a menos que usted hayan hecho arreglos financieros anteriores. Aceptamos efectivo, cheques, Visa y Mastercard (un cargo de \$ 25.00 se hará por cheques personales con fondos insuficientes).

**Yo he leído y entendido las políticas de la oficina de Yavapai Pediatría y estoy de acuerdo con sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo en que los términos pueden ser enmendados de vez en cuando por la práctica.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación Con El Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Clarisa I. Smith, MD**

3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314

o. 928.458.5470 | f. 928.458.5979



### Permiso Para Atender

Yo, el padre/madre suscrito: \_\_\_\_\_,

Por este medio doy la siguiente persona designada para el poder de dar su consentimiento en mi ausencia a la atención médica (cualquier tratamiento médico, procedimientos de oficina inyecciones de vacunas o medicamentos, y las evaluaciones físicas de salud o enfermedad) para mi hijo (s):

Nombre de la persona designada (sólo una por forma): \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (s) y fecha de nacimiento:

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Este Permiso para tratar vence un año desde la fecha de firma y sólo puede ser revocada con mi firma. Entiendo que este acuerdo tendrá que ser renovado anualmente.***

Firma: \_\_\_\_\_

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

Witness Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

***Cultivating Healthy Lives!***

***Clarisa I. Smith, MD***

3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314

o. 928.458.5470 | f. 928.458.5979

YavapaiPediatrics.com





**¿Cómo le gustaría recibir recordatorios y respuestas a sus dudas/preguntas?**

Teléfono      Número preferido: \_\_\_\_\_

¿Mensajes de texto para recordar las citas?  Si  No

E-mail      Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Correo      Dirección Postal: \_\_\_\_\_

***Cultivando Vidas Sanas!***  
***Clarisa I. Smith, MD***

3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314  
o. 928.458.5470 | f. 928.458.5979  
YavapaiPediatrics.com



## Elegibilidad del Paciente / Divulgación de Información de Vacunación

Programa de vacunas para niños

AZ State Immunization Information System

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o tutor legal: \_\_\_\_\_

### Este niño califica para las vacunas a través del programa VFC porque él/ella:

(SOLO MARQUE UNO)

Está matriculado en Kids Care

Es Indio Americano o nativo de Alaska

Está matriculado en AHCCCS

No tiene seguro médico

### Este niño no califica para las vacunas a través del programa VFC porque él/ella:

(SOLO MARQUE UNO)

Tiene seguro médico que no paga/cubre vacunas

Tiene seguro médico que SI paga vacunas

Por favor tenga en cuenta, si su compañía de seguros no cubre las vacunas y no nos dejó saber en el momento de la visita, es su responsabilidad de pagar el costo involucrado. Dicta la política VFC quién es elegible para las vacunas VFC. Más información está disponible en el sitio web del Departamento de servicios de salud de Arizona: <http://www.azdhs.gov/phs/immunization/vaccine-policy-changes.htm>. Si no está seguro si las vacunas y chequeos son cubiertos, póngase en contacto con su compañía de seguros.

**"Estoy de acuerdo en permitir al proveedor de cuidado de salud que administra vacunas a divulgar información acerca de todas las vacunas dadas a las personas por las cuales estoy autorizado para consentir, al sistema de información de vacunación del Estado de Arizona (ASIIS), otros proveedores de salud y escuelas, a fin de evitar recibir vacunas innecesarias y para proporcionar información acerca de lo que han recibido las vacunas. Entiendo que no estoy obligado a estar de acuerdo con la publicación de esta información a fin de recibir las vacunas que solicito."**

"Si no deseo este registro para ser incluidos en ASIIS, tengo la opción de tachando la declaración anterior y lo colocar mis iniciales".

**Reconozco que las declaraciones anteriores se aplican y son verdaderas hasta revocado por mí en la escritura.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del Testigo \_\_\_\_\_

**Culativando Vidas Sanas!**

**Clarisa I. Smith, MD**

3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314

o. 928.458.5470 | f. 928.458.5979

YavapaiPediatrics.com

# Nos Importa Su Privacidad

## 1. Nuestro Compromiso Respecto a la 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 expediente de cuidado y servicios que recibe en nuestra organización. Necesitamos este expediente para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le dirá sobre los maneras en que podemos usar y compartir información médica acerca de usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

## 2. Nuestro Deber Legal

### La Ley Nos Exige:

- Mantener su información médica privada
- Entregarle este aviso que describe nuestros deberes legales, la privacidad práctica, y sus derechos respecto a su información médica.
- Cumplir con los términos de aviso vigente.

### Nosotros Tenemos El Derecho De:

- Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando los cambios sean permitidos por la ley.
- Realice los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información previamente creada o recibida antes de los cambios.

### Aviso de Cambio de Las Prácticas de Privacidad:

- Antes de hacer un cambio importante en nuestra privacidad prácticas, vamos a cambiar este aviso y hacer el nuevo aviso disponible bajo petición.

## 3. Uso y Divulgación de Su Información Médica

La siguiente sección describe distintas maneras en que usamos y revelamos información médica. No aparecerá cada uso o divulgación. Sin embargo, hemos hecho una lista de todas las diferentes maneras en que se nos permite usar y divulgar su información médica. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para cualquier fin que no se enumeran a continuación, sin su autorización por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted proporcione puede ser revocada en cualquier momento por escrito.

### Para el tratamiento:

Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otras personas que cuidan de usted. También podemos compartir información médica acerca de usted a sus otros proveedores de atención médica para ayudar en su tratamiento.

### Para Pago:

Podemos utilizar y divulgar su información médica para el propósito de pago. La factura puede ser enviada a usted o a un tercer pagador. La información que acompaña la factura puede incluir su información médica.

### Para Operaciones de Cuidado Médico:

Podemos utilizar y divulgar su información médica para nuestra salud operaciones de cuidado. Esto podría incluir medir y mejorar la calidad, la evaluación del desempeño de los empleados que realizan programas de entrenamiento, y conseguir la acreditación, certificados, licencias y credenciales que necesitan para servir a usted.

### Usos y Divulgaciones Adicionales:

Además de utilizar y divulgar su información médica para recibir tratamiento, pago y operaciones de atención médica, podemos utilizar y divulgar su información médica para los siguientes propósitos.

### Directorio del Establecimiento:

A menos que usted nos notifique que usted se opone, la siguiente información médica acerca de usted será colocado en nuestros directorios de instalación: su nombre, su ubicación en nuestras instalaciones, su condición descrita en términos generales, su afiliación religiosa, si lo hay. Podemos divulgar esta información a los miembros del clero o, a excepción de su afiliación religiosa, a otras personas que se comunican con nosotros y solicite información acerca de usted por su nombre.

### Notificación:

Podemos usar y divulgar información médica para notificar o ayudar a notificar: un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Vamos a compartir información sobre su ubicación, condición general o muerte. Si usted está presente, vamos a obtener su permiso, si es posible antes de compartir, o le damos la oportunidad de negar el permiso. En caso de emergencia, y si usted no es capaz de dar o negar el permiso, vamos a compartir sólo la información de salud que es directamente necesarios para el cuidado de la salud, de acuerdo a nuestro criterio profesional. También utilizaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones en su mejor interés de permitir a alguien para recoger medicamentos, suministros médicos, radiografías o información médica de usted.

### Ayuda para desastres:

Podemos compartir su información médica con una organización o persona pública o particular que se puede asistir legalmente en los esfuerzos de socorro.

### Recaudación de Fondos:

Podemos suministrar información médica a una de nuestras fundaciones afiliadas para comunicarnos con usted con fines de recaudación de fondos. Vamos a limitar el uso y el intercambio de información que describe, en general, no personal, los términos y las fechas de su atención médica. En los materiales de recaudación de fondos, que le proporcionará una descripción de cómo usted puede optar por no recibir comunicaciones futuras de recaudación de fondos.

### Investigación en Circunstancias Limitadas:

Podemos utilizar información médica para fines de investigación en el limitado circunstancias en las que la investigación haya sido aprobada por una junta de revisión que ha Revisado la propuesta de Investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de la información

médica.

#### **Director de Funeraria, Forense, Examinador Médico:**

To help them carry out their duties, we may share the medical information of a person who has died with an examiner, medical examiner, director of funeral home, or an organization that obtains organs.

Funciones Especializadas del Gobierno:

Con sujeción a ciertos requisitos, podemos revelar o usar información de salud para el personal militar y veteranos, para las actividades de seguridad nacional e inteligencia, por los servicios de protección para el Presidente y otros, para las determinaciones médicas de la conveniencia para el Departamento de Estado, de las instituciones correccionales y otras leyes situaciones de custodia de aplicación, así como para los programas gubernamentales que proporcionan beneficios públicos.

#### **Órdenes Judiciales y Procedimientos Judiciales y Administrativos:**

Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, orden judicial o citación del gran jurado, podemos compartir su información médica con oficiales de la ley. Podemos compartir información limitada con un oficial de la ley relativa a la información médica de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de un crimen o una persona desaparecida. Podemos compartir la información médica de una persona íntima o de otro tipo en la custodia legal de un oficial de la ley o de la institución correccional bajo ciertas circunstancias.

#### **Actividades de Salud Pública:**

Como lo exige la ley, podemos divulgar su información médica a la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluido el abuso infantil o negligencia. También podemos revelar su información médica a las personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Drogas con fines o informar los eventos adversos asociados con defectos o problemas, para permitir el retiro de productos, reparaciones o reemplazos, para rastrear productos, o para llevar a cabo las actividades requeridas por la Administración de Alimentos y Drogas. También es posible que, cuando estamos autorizados por ley a hacerlo, notifique a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o no estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

#### **Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica:**

Podemos usar y divulgar información médica a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos compartir su información médica si es necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros. Podemos compartir su información médica cuando sea necesario para detener oficiales de la ley capturar a una persona que ha admitido ser parte de un delito o se ha escapado de la custodia legal.

#### **Workers Compensation:**

Podemos divulgar información de salud cuando sea autorizado o necesario para cumplir con las leyes de compensación al trabajador u otros programas similares.

#### **Actividades de Vigilancia de Salud:**

Podemos revelar información médica a una agencia que proporciona supervisión de salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones o procedimientos civiles, administrativas o criminales, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias u otras actividades autorizadas.

#### **Cumplimiento De La Ley:**

Bajo ciertas circunstancias, podemos revelar información de salud a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Estas circunstancias incluyen la presentación de informes requeridos por ciertas leyes (como la denuncia de ciertos tipos de heridas), de

acuerdo con ciertas citaciones y órdenes judiciales, reportando información limitada acerca identificación y localización, a petición de un agente de la ley, los informes sobre posibles víctimas de delitos a petición de un agente del orden, informes de muerte, crímenes en nuestras instalaciones, y los crímenes en emergencias.

#### **Recordatorios de Citas:**

Podemos utilizar y divulgar su información médica con fines de enviarle tarjetas postales o de otro tipo recordándole de sus citas.

#### **Servicios Médicos Alternativos y Adicionales:**

Podemos usar y divulgar información médica para proporcionar la información sobre los beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud, y para describir o recomendar alternativas de tratamiento.

## **4. Sus Derechos Individuales**

### **Usted Tiene Derecho A:**

Ver u obtener copias de ciertas partes de su información médica. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto de fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite, a menos que no sea posible que lo hagamos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Usted puede preguntar a la recepcionista el formulario necesario para solicitar el acceso. Puede haber cargos por copiar y gastos de envío cuando desea que las copias sean enviadas a usted. Pregunte a la recepcionista sobre nuestros honorarios. Recibir una lista de todos los tiempos nosotros o nuestros socios de negocios divulgamos su información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica y otras excepciones especificadas. Solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia). Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por diferentes medios o a diferentes lugares. Su petición de que le comuniquemos su información médica a usted por distintos medios o en diferentes lugares debe hacerse por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Solicitar que cambiemos ciertas partes de su información médica. Podemos negar su solicitud si nosotros no creamos la información que desea cambiar o para otros motivos. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que se añadirá a la información que desea cambiar. Si aceptamos su solicitud para cambiar la información, haremos esfuerzos razonables para decirle a los demás, incluidas las personas que nombre, del cambio y para incluir los cambios en cualquier intercambio futuro de esa información. Si desea recibir una copia impresa de este aviso de privacidad, entonces usted tiene el derecho de obtener una copia en papel al hacer una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

### **Preguntas y Quejas**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor pregunte al recepcionista para hablar con nuestro Oficial de Privacidad. Si usted piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, puede hablar con nuestro Oficial de Privacidad y presentar una queja por escrito. Para tomar cualquier acción, por favor informe a la recepcionista que desea comunicarse con el Oficial de Privacidad o solicitar un formulario de queja. Usted puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja. \* Estas prácticas de privacidad están actualmente en vigor y se mantendrán en vigor hasta nuevo aviso.