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)

- ☐ Ingles
- ☐ Español

MADRE MADRASTA TUTOR LEGAL **(Maque con un circulo)** **PADRE PADRASTRO TUTOR LEGAL**

Nombre: _____

N° de Casa: _____

N° Celular: _ _____

N° Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____ / _____

N° Seguro Social: _____

Empleador: _____

Nombre: _____

N° de Casa: _____

N° Celular: _____

N° Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____ /_____

N° Seguro Social: _____

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 _____

Attencion Padres de Recien Nacidos

Será necesario que se ponga en contacto con su recursos humanos o con el departamento de servicios para miembros de su proveedor de seguros **EN EL PLAZO DE 30 DÍAS DEL NACIMIENTO DE SU HIJO (A)**. Usted tendrá que completar los formularios correspondientes para agregar a su bebé a su póliza familiar. **ESTO NO SE HACE AUTOMÁTICAMENTE**. Si la documentación no se ha completado y recibido por su proveedor de seguro dentro del período de gracia de 30 días, existe una gran posibilidad de que se le niegue la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta del seguro a través de su empleador. Por lo tanto, para evitar los cargos de los que usted será responsable si su bebé no es agregado como dependiente cubierto, favor de acompletar los formularios **ANTES DEL PLAZO DE 30 DÍAS DEL NACIMIENTO DE SU HIJO.**

Si su proveedor de seguro requiere que elija un médico de atención primaria (PCP), asegúrese de seleccionar uno de los tres proveedores en esta práctica. Puede haber un formulario separado para completar específicamente por esta razón. Si uno de nuestros médicos no es elegido cuando lo solicite su proveedor de seguros, su proveedor de seguros le negará el pago y cualquier saldo se convertirá en 100% su responsabilidad.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a nuestra oficina.

☐ **Planeo inscribir a mi hijo(a) recién nacido(a) con nuestra compañía de seguros actual.**

☐ **NO planeo inscribir a mi recién nacido y entiendo que seré responsable de cualquier pago requerido al momento del servicio.**

Firma:_____ Fecha:_____ Witness Initials: _____

Gracias por su pronta atención a este asunto.

Cultivando vidas sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
o. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

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: _____

¿Cuantas semanas de embarazo tenía cuando nació su bebe? _____

¿Cuantos 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? ☐ Si ☐ 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)*

☐ Alergias	☐ Problemas de Crecimiento	☐ Retraso en el Desarrollo
☐ Asma	☐ Obesidad	☐ Convulsiones/Epilepsia
☐ Enfermedad Pulmonar	☐ Enfermedades Gastrointestinales	☐ Derrame Cerebral
☐ Enfermedades del Corazón	☐ Diabetes	☐ Problemas de Conducta
☐ Presión Arterial Alta	☐ Enfermedad Renal	☐ Enfermedad Mental
☐ Colesterol Alto	☐ Enfermedad de la Tiroides	☐ Depresión
☐ Defecto de Nacimiento	☐ Cáncer	☐ 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

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:

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.

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.

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.

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.

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.

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

Políticas de la Oficina

Horas de oficina
La oficina está abierta de 9:00a.m.- 5:00p.m., de lunes a viernes. La última cita del día es a las 4: 30p.m. Las visitas a la oficina son por cita solamente. Nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para trabajar con visitas por enfermedad / adicionales, así como asignaciones de tiempo lo permiten. Si tiene alguna pregunta urgente después de horas, por favor llame a nuestra oficina y siga las instrucciones que se dan en nuestro mensaje. Si usted tiene una emergencia que amenaza la vida, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencias / hospital más cercano.

Citas
Las citas se hacen para todos los pacientes nuevos, chequeos de los pozos, revisiones periódicas y visitas a los enfermos. El número de citas de chequeo de bienestar disponibles está determinado por la época del año. En invierno hay menos horas de citas que en verano. Por favor haga su cita con la mayor antelación posible. Las cancelaciones deben hacerse con al menos 24 horas de anticipación para que podamos ofrecer su cita a otros pacientes que necesitan atención médica.
Un padre o tutor legal debe acompañar a todo niños / adolescentes menores de 18. El padre / tutor puede llenar un formulario de autorización para que una persona designada pueda buscar atención médica para sus niño / niños (vea el formulario, permiso para atender).

Visitas de niños bien
Por favor, tenga en cuenta que las citas de bienestar son necesarias para abarcar "problemas de bienestar" (crecimiento, desarrollo, detección de rutina, etc.). Su compañía de seguro médico dicta estas pautas. Si su hijo (a) está siendo atendido (a) para una cita de bienestar y usted tiene preocupaciones adicionales, puede que tenga que programar otra cita. Si usted decide tener una cita de bienestar y enferma en la misma visita, o un procedimiento que requiere atención de seguimiento, usted será responsable de cualquier cargo adicional que su compañía de seguro médico dicte, incluyendo pero no limitado a un segundo co-pago / deducible / O co-seguro.

Cancelar o no presentarse - * Todas las cancelaciones requieren 24 horas aviso *
Puede haber una multa / cargo por citas perdidas no canceladas con 24 horas de antelación. El abuso repetido de esto puede resultar en que su hijo (s) sea dado de alta de esta práctica.

Llamadas telefónicas
Horario de oficina: Se anima a todos los pacientes a llamar a la oficina al 928-458-5470 con cualquier pregunta. Las llamadas telefónicas son una parte importante de cualquier oficina pediátrica. Nuestro personal de oficina puede responder a muchas preguntas no en clínicas de rutina. Sin embargo, para preguntas o problemas médicos relacionados, el personal no-médico de la oficina no puede dar ningún consejo médico. Por lo tanto, los pediatras, los enfermeros o los asistentes médicos le devolverán todas las preguntas médicas relacionadas.

Después de las horas de oficina: Las llamadas deben ser limitadas a problemas de carácter agudo, que requieren la atención antes de reabrir la oficina. Si su hijo o adolescente se enferma agudamente después de las horas de oficina y no puede esperar hasta la mañana siguiente, por favor llame al número de oficina 928-458-5470 y siga las indicaciones.

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

Recetas
Si necesita rellenar medicamentos o recetas por favor llame a su farmacia y la farmacia enviará por fax su solicitud de relleno a nuestra oficina. Espere 72 horas para que se procesen todas las solicitudes de relleno de medicamentos. Para evitar quedarse sin medicamento llame a la farmacia por lo menos 3 días antes de que su receta se agote. Es la póliza de la oficina que NO se prescribe nuevo medicamento sin que el paciente sea visto en la oficina. Además, es la póliza general de los proveedores no llamar a la farmacia para las recetas de antibióticos. Si su hijo está lo suficientemente enfermo como para requerir un antibiótico, le animamos a que lo vea un médico

Póliza de llegar tarde
Solicitamos que los padres lleguen 10 minutos antes de la cita programada de su hijo para completar cualquier papeleo necesario. Si tiene más de 10 minutos de retraso a su cita, es muy probable que se le pida que vuelva a programar la cita. Nos esforzamos por proporcionar una atención eficiente y de calidad y no podemos hacerlo si usted no puede llegar a sus citas a tiempo.

Referencias y Autorizaciones
El proceso de referencia puede tomar de 7-10 días hábiles. Esto también incluye autorizaciones para medicamentos y procedimientos. Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted con información adicional una vez que se haya obtenido la autorización o referencia.

Resultados de laboratorio (Análisis)
Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted en cuanto los resultados sean recibidos. Si han pasado más de 7 días por favor, póngase en contacto con nuestra oficina.

Honorarios profesionales
Nuestros honorarios son revisados y actualizados anualmente. Los cargos por visitas de oficina se basan en la gravedad de la enfermedad; registros / laboratorios ordenados y / o revisados, el examen, tiempo empleado tanto con el paciente y la revisión de los registros y el tiempo de consejería a los padres y / o el niño.

He leído y entiendo las pólizas de la oficina de Yavapai Pediatrics y estoy de acuerdo con sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la oficina.

_____	_____	_____
Firma del paciente o representante legal	Relacion al paciente	Fecha

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

Política financiera

Yavapai Pediatrics presentará reclamaciones a su seguro medico como cortesía. Es su responsabilidad pagar co-pagos, deducibles, co-seguros y cualquier otro saldo no pagado por su seguro. Las compañías de seguros exigen que sometemos todos los reclamos dentro de un límite de tiempo específico. Hacemos todo lo posible para seguir todas las pautas establecidas por su compañía de seguros. Sin embargo, si su seguro cambia y usted no nos informa, es posible que no podamos facturar a la compañía apropiada dentro de estos límites de tiempo. Es importante que mantenga actualizado nuestros archivos y nos avise si tiene más de una compañía de seguros. Al no hacerlo, puede resultar en que cualquier saldo se convierta en su responsabilidad.

Se espera el pago de los servicios prestados a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa y Mastercard (un cargo de $ 50.00 se hará para cheques personales con fondos insuficientes) Por favor esté preparado para pagar su co-pago, coseguro y / o deducible al momento del servicio; o si usted no tiene seguro, para pagar por su visita en su totalidad.

Para los pacientes con planes HMO, el copago se requiere en el momento del servicio. La cantidad de co-pago varía con los diferentes planes. Usted tiene la responsabilidad de conocer la cantidad de co-pago y el médico de atención primaria que aparece en la tarjeta de cada niño.

Para los pacientes con planes PPO, se requiere el pago en el momento del servicio hasta que el deducible del año nuevo se ha cumplido. Después de eso, se requiere co-pagos o su responsabilidad al hacer un pago al momento del servicio.

El adulto que acompaña a un menor a una visita y / o padres / tutores legales son responsables del pago completo (independientemente de la cobertura del seguro) y se establecerá como la persona que recibe la factura (garante) y debe proporcionar información demográfica completa incluyendo a ambos padres, fechas de nacimiento, números de seguro social, dirección actual y números de teléfono.

Yavapai Pediatrics no estará involucrado en la negociación entre los padres / tutores en disputas legales. Para cambiar a un garante, la persona que recibe las facturas debe completar y firmar un Formulario Demográfico actualizado. Usted es responsable de todos los saldos no pagados por su compañía de seguros. Por favor, pague su factura en su totalidad cuando reciba su estado de cuenta o haga arreglos de pago con nuestro departamento de Servicios de Cuentas de Pacientes. Cuando los cheques son devueltos a nosotros debido a falta de fondos, se añadirá un cargo de $ 25.00 a su cuenta y su cuenta será colocado en una base de “efectivo solamente.” Vamos a aceptar pagos sólo en efectivo o con tarjeta de crédito hasta que el saldo es despejado. Los exámenes físicos, exámenes de visitas de niños sanos, chequeos de déficit de atención / hiperactividad y similares pueden reprogramarse si hay saldos pendientes o si no se realiza un copago en el momento del servicio.

Si usted está pasando por dificultades financieras, por favor hablar sobre su situación directamente con nosotros. Casi siempre se pueden hacer arreglos satisfactorios. Las consideraciones financieras nunca deben impedir que un niño reciba la atención medica que necesita en el momento en que la requiera. Sin embargo, si usted ignora o no responde a su obligación financiera, nos reservamos el derecho de darlo de alta de nuestra oficina. Si no se recibe el pago o no se

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

toman los arreglos, asumiremos que usted no desea que sus hijos sean atendidos en Yavapai Pediatrics. Su cuenta se puede enviar a colecciones y todos los honorarios legales y gastos de recaudación se añadirán a su saldo.

SALDOS NO PAGADOS

Saldos pendientes son debidos en el plazo de 30 días, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación. Saldos no pagados en su totalidad dentro de los 10 días siguientes a la fecha de la (tercera) carta de petición final serán remitidos a una agencia de colección. El paciente / parte responsable entonces será responsable de la cantidad adeudada más todos los costos de la colección, incluyendo, pero no limitado a todos los gastos de recaudación cobrados por la agencia de cobranza, los costos de la corte y los honorarios del abogado. Cualquier descuento aplicado previamente a la cuenta puede ser revertido. Si su cuenta es reenvíada a una agencia de cobro, continuaremos viendo a su hijo (a) en forma de emergencia sólamente durante 30 días después de recibir la carta dandolos de alta, y asi darle tiempo para encontrar una nueva fuente de atención médica.

He leído y entiendo esta política financiera y estoy de acuerdo con sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

_____ _____

Nombre del Paciente Nombre inpreso del padre o Representante Legal

_____ _____ _____

Firma del Padre o Representante Legal Relacion al Paciente Fecha

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

Politica de Vacunas

Todos los días nos encontramos con preguntas sobre la seguridad de las vacunas actualmente recomendadas y el calendario de vacunación. En respuesta a las preocupaciones crecientes expresadas por padres de familia, hemos desarrollado una declaración de política que esperamos abordar cuidadosamente y a fondo a sus preocupaciones.

Yavapai Pediatrícs está implementando una nueva política de inmunización de manera inmediata. Basado en los datos científicos y hechos actualmente disponibles, aquí está nuestra política respecto a las vacunas infantiles. Por favor revise esta política y comuníquese con nosotros con cualquier pregunta, preocupaciones o si necesita más aclaraciones.

Yavapai Pediatrícs siempre ha respaldado la política de vacunación infantil recomendado por la Academia Americana de Pediatría (AAP), primer instituto de la nación dedicada a la salud de todos los niños. Estas directrices, basadas en la investigación científica en todo el mundo escrupulosa, reflejan ningún vínculo entre las vacunas infantiles y el riesgo de autismo y / u otros resultados neurológicos adversos.

En los últimos años, los medios de comunicación e Internet han bombardeado a las familias sobre los "riesgos" de las vacunas. De lo contrario, la actual evidencia valida repetidamente la seguridad y la eficacia de las vacunas. Hay falsos informes de que algunas enfermedades infantiles peligrosas, pueden prevenirse mediante la vacunación, son ahora inexistentes. Cuando se inmuniza a la mayoría de la población, "inmunidad de rebaño" erradica enfermedades infantiles tales como el polio, la tos ferina, el sarampión, las paperas, etc. En proporción a las tasas de disminución de la vacunación infantil, esta "inmunidad de rebaño" entre la población general también ha disminuido. Potencialmente fatal y por lo tanto, las enfermedades infantiles incapacitaste están haciendo una reaparición en los EE.UU..

Nos damos cuenta de que las familias pueden estar preocupados acerca de tomar la decisión de vacunar a sus hijos (as). Para algunas familias, es una elección muy personal a causa de un niño o un miembro de familia con cuidados de salud especial necesitadas.

Yavapai Pediatrícs tiene el deber de proteger a cada niño en la práctica. Es un grave riesgo para la salud pública el exponer a nuestros pacientes a niños enfermos en la sala de espera que no están inmunizados. Los pacientes más vulnerables, que serán los más gravemente afectados, son los bebés muy pequeños para ser vacunados.

La confianza es la piedra fundamental de la relación de proveedor de padre / de la salud. Por lo tanto, respetuosamente manifestamos que negarse a una o todas las vacunas infantiles no es propicio para una relación de confianza.

Con efecto inmediato, Yavapai Pediatría ya no aceptará a nuevos pacientes cuyos padres tienen decidió - sin razones médicas válida - de no vacunar a sus hijos de acuerdo con la AAP. Hacemos esto

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

para proteger a nuestros pacientes más vulnerables - los recién nacidos que son demasiado pequeños para recibir las vacunas y los pacientes con un sistema inmunológico debilitado (como los niños con cáncer o órganos trasplantados) que tienen una razón médica válida que no pueden recibir vacunas.

Las siguientes vacunas, aunque altamente recomendado si se negó no resultará en el retiro de nuestra la práctica: el VPH, Hepatitis B y la influenza.

Las familias establecidas en nuestra práctica cuyos hijos están actualmente en "horarios alternativos" o completamente sin inmunizar tendrán que empezar a poner a sus hijos al corriente con las vacunas recomendadas. Si usted es el padre de tal familia y no pueden ponerse de acuerdo para vacunar a su hijo de acuerdo con el horario de recomendación del AAP, tendremos que pedirle que encuentre otra práctica médica alineada a su filosofía personal sobre vacunas. Póngase en contacto con nuestra oficina si desea que los expedientes médicos de sus hijos/as sean transferidos a un distinto proveedor.

Como se infiere anteriormente, nuestra nueva política no se aplica a los niños en los que las vacunas no se pueden administrar por razones médicas específicas.

Esperamos disipar sus temores acerca de las vacunas y tener una relación mutuamente satisfactoria en los próximos años por venir.

Le agradecemos su comprensión a los cambios que estamos haciendo con la esperanza de proporcionarle a su hijo con el más alto nivel de atención.

_____	_____	_____
Firma del representante del paciente o tutor legal	Relación con el paciente	Fecha

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

Su compañía de seguros decide si usted nos debe un co-pago

No hay tal cosa como un chequeo de bienestar gratis, a pesar de lo que su compañía de seguro médico le anuncie. Puede haber componentes de su cheque bienestar que su compañía de seguro médico no pagará. Es su responsabilidad saber qué esta y que no está cubierto y luego pagar por esos servicios no cubiertos.

- La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) legisló que las compañías de seguros no pueden cobrar un copago por los servicios preventivos.
- Su visita se cobra y se somete a usted o a su compañía de seguro médico exactamente como fue antes de que se aprobara la ACA. La diferencia ahora es que su compañía de seguro médico tiene que pagar por los servicios preventivos y no puede pasar un copago a usted.
- Se les permite a las compañías de seguros cobrar por servicios que determinan no ser preventivas.
- Ejemplos de servicios que se pueden proporcionar el día de su visita den bienestar que NO son servicios preventivos y donde se aplican co-pagos adicionales, co-seguro o deducible
    - Evaluación y tratamiento de una enfermedad aguda (como una infección del oído, fiebre, gripe, dolor de garganta, lesiones, etc ...)
    - Evaluación y tratamiento de un problema crónico (como eczema, asma, alergias, dolores de cabeza, ADHD, dolor en las articulaciones, etc ...).
    - Procedimientos que no forman parte de la rutina preventiva recomendada / visita de niño sano (como circuncisión, tratamientos respiratorios o eliminación de cera de oído).
    - Cualquier servicio que la compañía de seguro médico diga que no son preventivos. Los servicios recomendados durante la visita de bienestar infantil que los seguros pueden considerar no preventivos son: pruebas de visión o audición, pruebas de sangre y orina.
- Si los servicios no preventivos se proporcionan a un paciente, estamos obligados por ley a reportar esos servicios a su compañía de seguros.
- Su compañía de seguros determina si usted debe un co-pago, deducible, o co-seguro una vez que se revisen los servicios prestados.
- Si su Seguro determina que usted debe un copago, estamos obligados a colectarlo.
- Si usted recibe una factura de nuestra oficina por un copago para la misma fecha que su visita de bien estar, entonces se le proporcionó un servicio no preventivo en dicha fecha y SU COMPAÑÍA DE SEGURO MEDICO ha determinado lo que usted nos debe.

Yavapai Pediatrics está dedicado a la salud y el bienestar de su hijo. Estamos más que felices de abordar algún problema en el transcurso de la visita de bien estar con tal de que usted entienda que un co-pago puede ser facturado en un momento posterior. No se deje sorprender cuando reciba una factura por servicios. Este es su contrato con su compañía de seguros y estamos obligados a seguir los contratos dictados por la compañía de seguro médico. Por favor sea comprensivo con esta situación.

He leído y entiendo lo anterior. Entiendo que si los servicios no preventivos se proporcionan en el momento de una visita de bien estar de niño, puedo ser responsable de co-pagos, co-seguro o deducible según lo dicte la compañía de seguro médico y sus condiciones.

_____ _____ _____

Firma del paciente o representante Legal **Relacion al paciente** **Fecha**

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 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
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

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**):_____

Relación con el paciente: _____

Nombre del Niño(a) 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: _____

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

POR FAVOR NO DUDE EN PREGUNTAR AL PERSONAL POR ASISTENCIA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO

Authorization for Disclosure of Health Information

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ ☐ Male ☐ Female

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Home Phone: _____

1. I authorize the release of my child's health information from previous doctor's office/ hospital:

Practice/Hospital Name: _____ Doctor: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____ Fax: _____

2. The type and amount of information to be disclosed is as follows: *(include dates where appropriate)*

☐ Complete health records ☐ Lab results/ X-ray reports

☐ Physical exam ☐ Consultation reports

☐ Immunization records ☐ Other (specify): _____

3. I understand that the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services and treatment for alcohol and drug abuse.

4. This information may be disclosed to: Name: **Yavapai Pediatrics**
Address: **3001 Main Street, Suite 1C**
Prescott Valley, AZ 86314
Fax#: **(928) 458-5979**

For the purpose of: Medical Care (I understand that the above named provider is covered by the federal privacy regulations (HIPAA) and is bound by law to only use the information received for only purposes listed).

5. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the health information management department. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization will expire in 12 months from date of signature.

6. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not to sign this form in order to assure treatment. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules.

_____ _____ _____

Signature of Patient or legal representative | Relationship to Patient | Date

Please Note: This information has been disclosed to you from confidential records protected from disclosure by state and federal law. No further disclosure of this information should be done without specific, written and informed release of the individual to whom is pertains or as permitted by state law (ORC- 3701.243 and federal law 42 CFR, part II.

Cultivando Vidas Sanas!
Clarisa I. Smith, MD
Christen M. Glennan, CPNP
Meagan Coomer, DNP
3001 Main St. Suite 1C | Prescott Valley, AZ 86314
p. 928.458.5470 | f. 928.458.5979
YavapaiPediatrics.com

Aviso Sobre Prácticas de Privacidad

Nos Importa Su Privacidad

1. Nuestro Compromiso Respecto a la Información Medica

La privacidad de su información médica es importante parea nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un expediente del 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:

a. Mantener su información médica privada

b. Entregarle este aviso que describe nuestros deberes legales, la privacidad práctica, y sus derechos respecto a su información médica.

c. Cumplir con los términos de aviso vigente.

Nosotros Tenemos El Derecho De:

a. Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando los cambios sean permitidos por la ley.

b. 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:

a. 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 Medica

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 terser 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.

Notificacion:

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 Información de una persona que ha muerto con un examinador médico, médico forense, director de funeraria, o una organización de obtención de órganos.

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 avis