



Información del Paciente

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Seguro Social#
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino		
Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucasico <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Otro:		
Lengua materna:		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono primario:	Celular:	Teléfono de casa:
Teléfono del trabajo:	Correo electrónico:	

Ocupación: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado
Empleador: Ocupación: Teléfono del empleador:
Dirección del empleador:

Nombre del contacto de emergencia:	Relación:
Teléfono primario:	Teléfono del trabajo:

¿Es el paciente es financieramente responsable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si No, Por favor complete esta acción		
Relación:	Sexo: M F	Seguro Social#
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono primario:	Celular:	Teléfono de casa:
Empleador:	Ocupación:	Teléfono del empleador:
Dirección del empleador:		

¿Es la razón de su visita el resultado de un accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si es si, Por favor complete esta sección		
¿Qué tipo de accidente? <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Automovilístico <input type="checkbox"/> Otro:		
Fecha del accidente:	Número de reclamo:	Ajustador del reclamo:

Compañía de seguro:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Nombre del asegurado/titular de tarjeta:	Relación:
Número de ID: Número de Grupo:	Teléfono:
Compañía de seguro secundario:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Nombre del asegurado/titular de tarjeta:	Relación:
Número de ID: Número de Grupo:	Teléfono:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

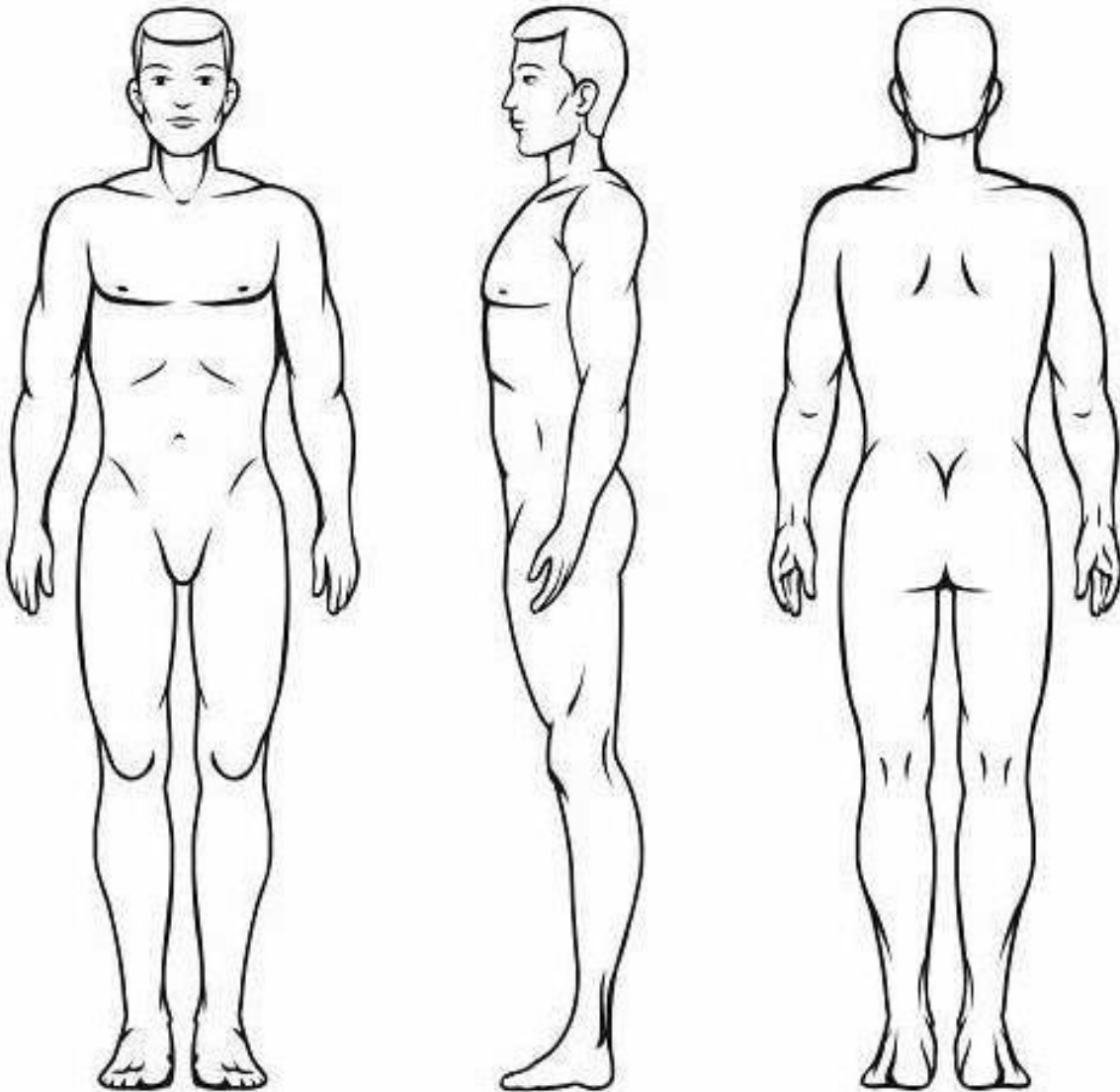


Cuéntenos sobre su problema más importante

¿Cómo escuchó de nosotros? Amistad Internet Seguro Anuncio Otro: _____

¿Dónde está localizado el dolor? Por favor liste todas las que correspondan

¿Dónde está localizado el dolor? Por favor marque en el gráfico siguiente



Firma del paciente: _____

Fecha: _____

¿Cuánto tiempo lleva ocurriendo su dolor?		
¿Su dolor es constante o intermitente?		
Encierra en un círculo todas las características que aplica al tipo de dolor que está sintiendo.		
Doloroso	Ardiente	Sordo Agudo Insoportable Punzante Hormigueo
Encierre en un círculo todas las actividades que aumentan su dolor.		
Actividades	Agacharse	Estirarse Sentarse Pararse Girar Caminar
Encierre en un círculo las siguientes situaciones que alivien su dolor.		
Paquetes de hielo/calor	Acostarse	Analgésicos Descansar Pararse Sentarse Estirarse
¿Cuál es su dolor en una escala de 0-10 HOY?	¿Cuál es su dolor en una escala de 1-10 en su MEJOR día?	¿Cuál es su dolor en una escala de 1-10 en el PEOR día?
¿Ha tenido algún tratamiento previo para esta condición? Marque todo lo que corresponda.		
Terapia física	Inyección espinal	Inyecciones antiinflamatorias analgésicos
Reposo en cama	Unidad de TENS	Médico anterior del manejo de dolor
¿Qué estudios / imágenes recientes ha tenido sobre esta condición? Marque todo lo que corresponda.		
Rayos X	MRI	CT Scan EMG (Pruebas con aguja de los músculos) Estudio de conducción nerviosa Discograma

¿Usted tiene un médico primario? Si la respuesta es sí, por favor liste aquí
¿Cualquier otro proveedor de atención médica que debamos conocer? Por favor liste aquí.

HISTORIAL MÉDICO, QUIRÚRGICO, FAMILIAR Y ANTECEDENTES PERSONALES

¿Alguna vez has tenido alguna lesión deportiva? Si la respuesta es sí, ¿cuándo?
¿Alguna vez ha tenido huesos rotos? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ¿Qué hueso/s?
¿Alguna vez has sido discapacitado?
¿Está actualmente incapacitado? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? SSD SSI

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



MUSCULOESQUELÉTICO: Fibromialgia Osteoartritis Osteoporosis Artritis reumatoide	
CARDÍACO: Marcapasos cardíaco Stent cardíaco Enfermedad de la arteria coronaria DVT (coágulo de sangre) Anemia CHF(Colapso cardíaco) Infarto; si la respuesta es sí, cuando? Hipertensión Vascular periférica	
ENDOCRINO/Metabólico: Diabetes Mellitus Trastorno inmune Trastorno de la tiroides	
ENFERMEDADES HEPÁTICAS: Hepatitis (Tipo:___)	
NEOPLASMA: Cáncer /Tumor – Tipo_____	ENFERMEDADES INFECCIOSAS: VIH Positivo
PSQUIÁTRICO: A.D.D. Ansiedad Depresión PTSD	
RESPIRATORIO: Asma COPD/Enfisema Enfermedad pulmonar PE Tuberculosis	
UROLOGÍA/NEFROLOGÍA: Enfermedad del riñón Cálculos renales Problemas de próstata	
HISTORIA PASADA DE CIRUGÍAS: Por favor liste los procedimientos quirúrgicos más importantes y fechas	<u>ALERGIAS: Drogas/Comidas/Medio Ambiente</u>
HISTORIAL FAMILIAR: Marque todo lo que corresponda	
Historial familiar de alcoholismo Historial familiar de drogadicción Enfermedad del corazón Hipertensión Ataque fulminante Diabetes Hemorragias Artritis reumatoide Espalda/Cuello Osteoartritis Asma Otro: _____	
ANTECEDENTES PERSONALES: Por favor conteste las siguientes preguntas.	
Bebes Alcohol: Si es si #___bebidas diarias/semana/mes ¿Tienes antecedentes de consumo excesivo de alcohol o alcoholismo?	
¿Tienes antecedentes de adicción a las drogas? ¿Utiliza alguna droga de la calle? Si la respuesta es sí, ¿cuál? Marijuana, cocaína, otro: _____	
Fumas Si la respuesta es sí, ¿cuál? Cigar, Pipes, Cigarros, e-Cigarrillos #___paquetes por día	
PARA MUJERES DE EDAD FÉRTIL: Muchos analgésicos, rayos X e inyecciones son potencialmente peligrosos para el bebé no nacido. ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? SI NO	

Firma del paciente:_____

Fecha: _____

MEDICAMENTOS: Por favor liste todos los medicamentos actualmente recetados o sin receta

Medicación	Dosis	Médico prescriptor	Para qué condición

**Revisión de los síntomas:
¿Recientemente has experimentado alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda a continuación**

<p><u>General</u></p> <input type="checkbox"/> Fiebre /Escalofríos <input type="checkbox"/> Infección en cualquier lugar <input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<p><u>Cardiovascular</u></p> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho (cualquiera) <input type="checkbox"/> Latidos rápidos <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<p><u>Respiratorio</u></p> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Apnea del sueño /C-PAP/ Oxígeno
<p><u>Gastrointestinal</u></p> <input type="checkbox"/> Náuseas vómitos <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Estómago / Dolor Abdominal	<p><u>Genitourinario</u></p> <input type="checkbox"/> Dolor de cálculos renales <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<p><u>Neurológico</u></p> <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Incontinencia de la vejiga
<p><u>Músculo / Huesos / Articulaciones</u></p> <input type="checkbox"/> Espasmos musculares <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones/Extremidad	<p><u>Endocrino</u></p> <input type="checkbox"/> Sed intensa <input type="checkbox"/> Fatiga severa <input type="checkbox"/> Disminución de la conducta sexual	<p><u>Psiquiátrico</u></p> <input type="checkbox"/> Ansiedad/Nerviosismo <input type="checkbox"/> Sentirse triste/Deprimido <input type="checkbox"/> Ideación suicidas <input type="checkbox"/> Adicción a cualquier cosa
<p><u>Hematológico</u></p> <input type="checkbox"/> Hemorragias/Moretones <input type="checkbox"/> Ampliación de ganglios linfáticos	<p><u>Alergia /Inmunología</u></p> <input type="checkbox"/> Alergia a los mariscos <input type="checkbox"/> Alergia ambiental <input type="checkbox"/> VIH	<p><u>Cáncer</u></p> <input type="checkbox"/> Próstata/Colon <input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Otro _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____. Número de teléfono:

Autorizo la liberación de mis expedientes médicos a Physician Partners of America (PPOA) para revisión y continuación de mi atención médica. Autorizo a las siguientes oficinas médicas, clínicas, oficinas legales, centros de diagnóstico y proveedores médicos a proporcionar copias de mi historial médico a:

Personas/Organización Recibiendo: (Paín Medicine Associates)

(Liste todas las instalaciones, clínicas y oficinas de las que se puede solicitar información)

Oficinas de médicos (Por favor liste todos los médicos que ha visto en los últimos dos años)

Medico	Dirección	Número de teléfono

HOSPITAL/OTRAS OFICINAS (Cirugías/procedimientos, informes radiológicos, resultados de laboratorio)

Nombre de Oficina	Dirección	Número de teléfono

Restricciones: _____ NO hay restricciones a la información que puede ser liberada
_____ La siguiente información NO PUEDE ser liberada:

DURACION: Esta Autorización permanecerá en efecto: (por favor, marque la selección):

- _____ Desde la fecha de esta Autorización hasta ____/____/_____
- _____ Hasta que el proveedor cumpla con esta solicitud de autorización
- _____ Hasta que este evento ocurra:
- _____

Fecha: _____/_____/_____. Firma de Paciente/Representante legal

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Doctor: _____

Las siguientes preguntas son dadas a pacientes que están considerando tomar medicamentos para el dolor. Por favor responda las preguntas lo más honestamente posible. No hay respuestas correctas o incorrectas.

SOAPP® -R	Patient Score: _____ Tech Initials: _____	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	A menudo	Muy a Menudo
		0	1	2	3	4
1. ¿Qué tan seguido tiene cambios de humor?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Qué tan seguido ha sentido la necesidad de dosis más altas de medicación para su dolor?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Qué tan seguido se ha sentido impaciente con su doctor?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Qué tan seguido ha sentido que las cosas son demasiado abrumadoras que no puede manejarlas?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Qué tan seguido hay tensión en el hogar?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Qué tan seguido ha contado cuántas pastillas del dolor le quedan?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Qué tan seguido se ha preocupado usted de que otras personas lo/a juzguen por tomar pastillas para el dolor?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Qué tan seguido se siente aburrido/a?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Qué tan seguido ha tomado más pastillas para el dolor de lo que debería?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Qué tan seguido se preocupa de que lo dejen solo?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Qué tan seguido ha sentido ansias por la medicación?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Qué tan seguido otros han expresado su preocupación acerca de su uso de medicamentos?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Qué tan seguido alguno de sus amigos tuvo problemas con alcohol o drogas?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Qué tan seguido otros le han dicho que tiene un mal temperamento?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Qué tan seguido se ha sentido consumido/a por la necesidad de obtener medicamentos?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Qué tan seguido se le han acabado las pastillas para el dolor antes de tiempo?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Qué tan seguido te han detenido otros de obtener lo que te mereces?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Qué tan seguido en su vida a tenido problemas legales o ha sido arrestado?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Qué tan seguido ha asistido a reuniones de AA o NA?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Qué tan seguido ha estado usted en una discusión que se haya salido de control y alguien salió herido?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Qué tan seguido ha sido abusado sexualmente?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Qué tan seguido otros le han sugerido que usted tiene un problema con el alcohol o drogas?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Qué tan seguido tuvo que tomar prestado pastillas del dolor de algún familiar?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Qué tan seguido lo/a han tratado por un problema de alcohol o drogas?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Algún familiar ha tenido algún problema con lo siguiente? Encierre en un círculo S/N

-Alcohol S/N

-Adicción S/N

-Enfermedades mentales S/N

____/____/____

Iniciales: _____ Fecha:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Herramienta de Riesgo de Opioides (HRO)

Cuestionario desarrollado por Lynn R. Webster, MD para evaluar el riesgo de adicción a los opioides.

Marque cada casilla que corresponda	Mujer	Hombre
Historia familiar de Abuso de sustancias		
Alcohol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
Drogas ilegales	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Medicamentos con receta	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Historia personal de abuso de sustancias		
Alcohol	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Drogas ilegales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Medicamentos con Receta	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Edad Entre 16-45 años	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Historia de abuso Sexual preadolescents	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
Enfermedad Psicológica		
ADD, OCD, bipolar. Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Depreción	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Puntaje Total:		

Administración

-En la visita inicial
-Antes de la terapia con opioides

Puntaje (Riesgo)

-0-3 Bajo
-4-7 Moderado
->8 Alto

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



Consentimiento para recibir recordatorios de citas por mensaje de texto

Por la presente, autorizo a Physician Partners of America (PPOA), Pain Relief Group, y sus afiliados y proveedores que participan activamente en mi atención a comunicarse conmigo por mensaje de texto SMS automatizado, únicamente para recordatorios de citas, incluyendo los detalles relacionados con la misma.

Entiendo que las tarifas de mensajes/datos pueden aplicar a los mensajes enviados por PPOA, Pain Relief Centers o sus afiliados bajo mi plan de teléfono celular.

Mi número de texto/móvil es: () _____ Iniciales del paciente _____

Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a PPOA, Pain Relief Group, sus afiliados o proveedores que participan activamente en mi atención a enviarme mensajes de texto. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando al número 1-800-400-PPOA (7762) o escribiendo STOP.

Entiendo que los mensajes de texto no son una forma segura de comunicación. Existe cierto riesgo de que la información de salud de identificación individual u otra información sensible o confidencial contenida en dicho texto pueda ser mal dirigida, divulgada o interceptada por terceras partes no autorizados. La información incluida en los mensajes de texto puede incluir nombre, fecha y hora de su cita, nombre del médico y número de teléfono del médico, u otra información pertinente.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Al firmar a continuación, autorizo a mi médico y a los miembros del personal a acceder a mi lista de medicamentos recetados a través de la base de datos de la farmacia, lo que ayudará a mi proveedor a brindar una atención integral.

Firma: _____

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

- La ley requiere que le solicitemos su declaración por escrito que recibió el aviso. Sin embargo, no está obligado a firmar el “Reconocimiento de recibo del aviso”.
- Firmar no significa que haya aceptado ningún uso especial o divulgación (compartir) de sus registros de salud.
- Negarse a firmar el reconocimiento no impide que un proveedor o plan use o divulgue información de salud según lo permita la HIPAA.
- Si se niega a firmar el reconocimiento, el proveedor debe dejar constancia de este hecho.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Sólo Para Uso de Oficina

Si el paciente se negó a firmar este “aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad”, indique el motivo por el que no firmó:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

**Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información.
Revísela con cuidado.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

➤ **er página**
2 para mayor
información sobre
estos derechos y
cómo ejercerlos.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

➤ **er página 3**
para mayor
información sobre
estas opciones y
cómo ejercerlas.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ **er páginas 3 y 4**
para mayor
información sobre
estos usos y
divulgaciones.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.
Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corriamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página



¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nosotros no hacemos, ni guardamos notas de psicoterapia en esta práctica.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Este aviso fue revisado y se hizo efectivo a partir del 1 ero de Enero del 2023.

Carl Pate, Jr., Chief Compliance & Privacy Officer
813-549-2134 ext 2013
cpate@physicianpartnersoa.com



Firma del paciente: _____

Fecha: _____