



---

## **INFORMACIÓN DE PACIENTE NUEVO**

Fecha: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Inicial Segundo

Dirección (numero y calle): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Números de Teléfono: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Seguro Médico: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE/REPRESENTANTE (si difiere de arriba)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección (si difiere de arriba): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### **CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a Paciente: \_\_\_\_\_  
# Teléfono: (Hogar): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_  
(Celular): \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_ Tipo de Plan: \_\_\_\_\_  
#ID de Seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_  
Relación del Paciente al Asegurado: \_\_\_\_\_  
Titular de Póliza Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# Titular de Poliza: \_\_\_\_\_  
Direccion del Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_ Tipo de Plan: \_\_\_\_\_  
#ID de Seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_  
Relación del Paciente al Asegurado: \_\_\_\_\_  
Titular de Póliza Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# Titular de Poliza: \_\_\_\_\_  
Direccion del Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

---

**FARMACIA (nombre, dirección, número tel)**

**Por Favor Responda las Siguietes Preguntas:**

1. ¿Cual es la razón por su visita?

---

---

---

2. ¿Es alérgico(a) a un tipo de medicamento? Si es así, ¿cuáles?

---

---

---

3. ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico por alguna razón? Por favor explique:

---

---

---

4. ¿Ha estado hospitalizado(a) por más de dos días consecutivos en los últimos cinco (5) años? Por favor explique:

---

---

---

5. Por favor marque cualquiera de las siguientes que tiene/haya tenido:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial              | <input type="checkbox"/> Cálculos renales       | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                    | <input type="checkbox"/> GERD                   | <input type="checkbox"/> Corazón irregular            |
| <input type="checkbox"/> Infarto                            | <input type="checkbox"/> Úlceras                | <input type="checkbox"/> Problema de válvula cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Depresión                          | <input type="checkbox"/> Osteoporosis           | <input type="checkbox"/> Gout                         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar              |
| <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño        | <input type="checkbox"/> Convulsiones                 |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía                         | <input type="checkbox"/> GI sangrado frecuente  | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco               |
| <input type="checkbox"/> Artritis                           | <input type="checkbox"/> UTI                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular          |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de pierna                | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Cáncer                       |
| <input type="checkbox"/> EPOC                               | <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Tiroides                     |
| <input type="checkbox"/> Anemia                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Columna Vertebral |   |   |

6. ¿Cualquier otra enfermedad grave?

---

---

---

---

---

---

**Revisión de sistemas (Por favor indique cualquier historia personal en los últimos tres (3) meses):**

**General:**

- Escalofríos
- Fiebre
- Sudores de noche
- Mal apetito
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Pérdida de energía

**Ojos:**

- Cambios repentinos de visión
- Visión doble

**Oídos:**

- Pérdida repentina de audición
- Zumbido en los oídos
- Infecciones del oído frecuentes

**Nariz:**

- Congestión nasal
- Infección sinusal frecuente
- Sangrados de nariz frecuente

**Boca/Garganta:**

- Infecciones frecuentes de la garganta
- Cambio en la voz

**Pulmones:**

- Tos crónica
- Expectoración de sangre
- Dificultad respiratoria con actividad
- Dolor en el pecho

**Corazón:**

- Dolor o presión de pecho
- Palpitaciones cardíacas
- Ritmo cardíaco irregular
- Despertarse con falta de respiración
- Usar muchas almohadas para dormir

**Hinchazones:**

- Piernas/tobillos/pies
- Dolor de pantorrilla al caminar

**Estómago/Intestinos:**

- Dificultad para tragar
- Acidez estomacal/indigestión
- Dolor de estómago/molestias
- Náuseas o vómitos
- Vomitar sangre
- Sangre en las heces
- Estreñimiento
- Diarrea crónica
- ¿Utiliza laxantes?
- Heces negras, con alquitrán
- Ictericia

**Endocrina:**

- Sed excesiva
- Intolerancia al calor/frío
- Sofocos
- Genitourinarias

- Problemas de próstata
- Débil/lento flujo urinario
- Cálculos renales
- Frecuente micción
- Sangre en el orine
- Ardor con la micción
- Despertar en la noche para orinar

**Sistema Nervioso:**

- Dolores de cabeza severos
- Mareos
- Pérdida del equilibrio
- Entumecimiento u hormigueo

**Huesos/Músculos/**

**Articulaciones:**

- Articulaciones dolorosas
- Hinchazón de las articulaciones

**Piel:**

- Erupción en la piel
- Fácil hematomas

**Sangre:**

- Anemia
- Pérdida de sangre
- Transfusión sanguínea

**Psiquiátrico:**

- Cambios de humor
- Depresión
- Ansiedad
- Problemas de sueño
- Otros problemas (por favor, liste abajo)

**Comentarios/Notas:**

---

---

---

---

---

**Como escucho de Nephrology of Georgia?**

- Mi médico me refirió  
Por Favor Liste: \_\_\_\_\_
- Recomendación personal  
Por Favor Liste: \_\_\_\_\_
- Dr. Garcia Sanchez es mi médico en otro hospital/clínica  
Por Favor Liste: \_\_\_\_\_
- ZocDoc
- Búsqueda de Internista electrónicamente
- Búsqueda de Nefrologo electrónicamente
- Otra razon  
Por Favor Liste: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:**

---

**Firma de la Persona Responsable:**

---

---

## **LISTA DE MEDICAMENTO**

Por favor agregue todos los medicamentos que está tomando. Por favor incluya todos los medicamentos recetados, over-the-counter y adicionalmente cualquier tipo de vitaminas o hierbas.

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

| <b><u>NOMBRE DE MEDICAMENTO</u></b> | <b><u>DOSIS</u></b><br>(20 mg, mcg, ml, etc.) | <b><u>FRECUENCIA</u></b><br>(diario, dos veces al día, etc.) |
|-------------------------------------|---|--|
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |

**ALERGIAS:** Por favor anote todas las alergias de medicamentos que tenga

---

---

---

---

## **Portal Para Pacientes**

Kareo Patient Portal (Portal Para Pacientes de Kareo) es un servicio que permite la transparencia con todos sus registros médicos. Es la forma más fácil de administrar su atención médica.

Con Kareo Patient Portal usted puede:

- Tener acceso a sus declaraciones de paciente
- Realizar pagos en línea rápidamente y con alta seguridad
- Revisar su información de salud

Si desea recibir un correo electrónico para inscribirse en el portal para pacientes de Kareo, complete la información a continuación.

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente:** \_\_\_\_\_

---

## **AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Telefónico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona(s) autorizada para hablar en mi nombre: \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Telefónico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo autorizo que representantes de NEPHROLOGY OF GEORGIA puedan divulgar la siguiente información de salud protegida a la persona(s) siguiente.

### **Si Aplica:**

#### **Por favor envíe mi información de salud a:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

#### **Descripción de la información de salud que debe divulgarse:**

Historial médico completo (especifique fechas): \_\_\_\_\_  
Historial médico parcial (especifique los siguientes) \_\_\_\_\_  
Fechas de historial médico y exámenes físicos: \_\_\_\_\_  
Notas de oficina/progreso: \_\_\_\_\_  
Consultas: \_\_\_\_\_  
Resumen de descarga: \_\_\_\_\_  
Resultados de Laboratorios: \_\_\_\_\_  
Ver historial me medicamentos obtenido de Surescripts para el paciente  
Rayos X, TC, IRM, ultrasonido: \_\_\_\_\_  
Notas operativas: \_\_\_\_\_  
Informes de patología: \_\_\_\_\_

#### **Derechos y Responsabilidades:**

  
\_\_\_\_\_

- 
1. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que sí se revoca esta autorización debe ser hecha por escrito y presentada a Nephrology of Georgia LLC. Entiendo que la revocación no se aplicará a ninguna información de salud que ya haya sido liberada.
  2. Entiendo que si mi información de salud es revelada a una parte que no sea un proveedor de cuidado de salud, plan de salud o centro de atención de la salud sujeto a las regulaciones federales de

privacidad, mi información de salud divulgada de acuerdo con esta autorización puede ya no ser protegidos por las regulaciones federales de privacidad.

3. Entiendo que la información de salud divulgada puede incluir información psicológica, dependencia química, abuso de alcohol, estatus de VIH, y/o hepatitis.
4. Entiendo que estoy renunciando a cualquier privilegio concerniente a tal información con el propósito de liberarlo a la parte autorizada arriba. Libero Nephrology of Georgia LLC y sus empleados de cualquier y todos los pasivos, daños y reclamaciones, que podrían surgir de la liberación de la información médica autorizada por mí.

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente/Representativo de Paciente:** \_\_\_\_\_

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



---

## **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA**

(Health Insurance Portability and Accountability Act/Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico)

1. Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información de salud protegida como se describe a continuación.

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Personas u organizaciones proporcionando información:**

---

---

---

**Personas u organizaciones recibiendo información:**

---

---

---

**Descripción de la información que debe divulgarse (incluya fechas):**

---

---

---

**Describa el propósito o el uso previsto de la información:**

---

---

---

(Nota: "a petición del individuo" es adecuado si el individuo inició la autorización sin un propósito indicado.)

2. Complete esta sección si el proveedor de atención médica solicitó autorización.

**Proveedor de atención médica:** ¿Recibirá el proveedor de atención médica una compensación financiera o en especie a cambio de usar o revelar la información de salud descrita anteriormente?

**SI:** \_\_\_\_ **NO:** X

**Individuo:** Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta forma después de firmar.

**SI:** \_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_

3. Usted puede revelar información sobre alcohol/abuso de sustancias, VIH/SIDA, o salud mental:

**SI:** \_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_

4. Entiendo que tengo el derecho de rehusarse a firmar este formulario y que mi rechazo no resultará en que el médico acondicionador la prestación de atención médica con dos excepciones: A) Denegación a firmar esta autorización, si es para la divulgación de la información creada para la investigación que

---

incluye el tratamiento, puede dar lugar al médico que declina proporcionar el tratamiento investigación-relacionado. B) La denegación de firmar esta autorización, si es para la divulgación de la información creada con el único propósito de divulgación a un tercero, puede dar lugar al doctor que declina proporcionar la salud que es con el único propósito de crear puede dar lugar al doctor que declina proporcionar la salud que es con el único propósito de crear salud protegida información para divulgación a terceros. **SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

5. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al proveedor de atención médica por escrito. La revocación sólo será efectiva a partir de la fecha en que se reciba en esta oficina y no se aplicará de forma retroactiva.

**SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

**7. Firma de paciente/representante:**

---

**Nombre de paciente/representante:**

---

**Relación al paciente:**

---

**Fecha:**

---

**ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO COMPLETAMENTE ANTES DE FIRMAR.**

---

---

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente. \*\*Puede pedir una copia para leer en su propio tiempo\*\***

Este aviso explica las maneras en que podemos usar y revelar información médica sobre usted. Describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información médica. La ley nos exige (1) asegurar que su información médica esté protegida; (2) proporcionarle este aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; (3) siga los términos actuales del aviso vigente.

### **FORMAS EN QUE PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Las siguientes secciones describen diferentes maneras en que podemos usar y revelar su información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, vamos a explicar lo que queremos decir y tratar de dar algunos ejemplos. No todos los usos o divulgación serán enumerados. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y revelar información, caerán dentro de una de las siguientes categorías.

Algunos datos como información sobre drogas y alcohol, información sobre el VIH e información sobre salud mental tienen derecho a restricciones especiales relacionadas con su uso y divulgación. Nuestra oficina regirá todas las leyes estatales y federales aplicables relacionadas con la protección de esta información.

**1. Tratamiento.** Podemos utilizar la información médica sobre usted para proporcionarle el tratamiento médico o los servicios. Podemos revelar información médica sobre usted a doctores, enfermeras, técnicos u otro personal que esté involucrado en su cuidado. Por ejemplo, un médico que lo trate puede necesitar saber si tiene diabetes porque la diabetes puede ralentizar el proceso de curación. También podemos compartir información médica sobre usted con nuestro personal de oficina u otros proveedores, agencias o instalaciones con el fin de proporcionar o coordinar cosas tales como recetas, trabajo de laboratorio y rayos x. También podemos revelar información médica acerca de usted a personas fuera de nuestra oficina que pueden estar involucrados en su atención médica continua después de salir de nuestra oficina, tales como otros proveedores de atención médica, compañías de transporte, agencias comunitarias y miembros de la familia.

**2. Pagos.** Podemos utilizar y divulgar la información médica sobre el tratamiento y los servicios que usted recibe en nuestra oficina de modo que el pago se pueda recoger de usted, de una compañía de seguros o de un tercer partido. Por ejemplo, es posible que necesitemos dar información a su plan de salud sobre el tratamiento que recibió en nuestra oficina para que su plan de salud nos pague o le reembolsará. También podemos decirle a su plan de salud acerca

---

de un tratamiento propuesto para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**3. Operaciones de Atención Médica.** Podemos utilizar y revelar la información médica sobre usted para apoyar nuestras operaciones de la oficina. Estos usos y divulgaciones se hacen para mejorar nuestra calidad de la atención. Su información médica también puede ser usada o revelada para cumplir con las leyes y reglamentos, por obligaciones contractuales, pacientes.

Reclamaciones, agravios o pleitos, contratación de atención médica, servicios jurídicos, planificación y desarrollo de negocios, administración y administración de empresas, venta de todo o parte de nuestra oficina a otra entidad, suscripción y otras actividades de seguros. Por ejemplo, podemos revisar la información médica para encontrar maneras de mejorar el tratamiento y los servicios a nuestros pacientes. También podemos revelar información a médicos, enfermeras, técnicos y otros personales para mejorar el desempeño y propósitos educativos.

**4. Recordatorios de Citas:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita en nuestra oficina.

**5. Tratamiento Alternativos.** Es posible que le hablemos o recomendamos posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.

**6. Beneficios y Servicios Relacionados a Salud.** Podemos comunicarnos con usted para contarle sobre los beneficios o servicios que ofrecemos.

**7. Otros Involucrados en su Cuidado.** Podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada en su atención médica, por ejemplo, un amigo, miembro de la familia, representante personal, o un individuo que usted identifique. Podemos dar información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado o podemos decirle a su familia o amigos acerca de su condición general.

**8. Investigación.** Su información médica puede ser importante para los esfuerzos de investigación adicionales. Podemos utilizar y revelar su información médica con fines de investigación, sujeto a las disposiciones de confidencialidad de la ley estatal y federal.

**9. Según lo exige la ley.** Divulgaremos la información médica sobre usted cuando esté requerido para hacerlo por la ley federal o del estado; Si se le pide que lo haga por el cumplimiento de la ley en respuesta a una corte u orden administrativa, citación, solicitud de descubrimiento, orden judicial, citación u otro proceso legal; o para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas o requeridas por la ley.

**10. Para Evitar una Grave Amenaza para la Salud o la Seguridad.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para propósitos de salud pública o cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación sería para alguien capaz de ayudar a detener o reducir la amenaza.

**11. Indemnización a los Trabajadores.** Podemos utilizar o revelar la información médica sobre usted para la compensación de trabajadores o programas similares según lo autorizado o requerido por la ley. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. 12. reclusos. Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de oficiales de la ley, nosotros podemos divulgar la información médica sobre usted a la institución correccional según lo autorizado o requerido por la ley.

## **SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Aunque la información médica que obtenemos sobre usted es propiedad de nuestra oficina, usted tiene los siguientes derechos:

---

**I. Inspeccionar y Copiarlo.** Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y/o recibir una copia de su información médica y de facturación. Para inspeccionar y/o recibir una copia de su información, usted debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Gerente de oficina 3790 Holcomb Bridge Road Suite 204 Peachtree Corners GA 30092. Si usted solicita una copia de la información, nosotros podemos cobrar una cuota por estos servicios. Podemos negar su

solicitud de inspeccionar y/o recibir una copia en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, en la mayoría de los casos, es posible que se revise la negación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por nuestra oficina revisará su solicitud y la negación. La persona que realiza la revisión no será la persona que negó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**II. Solicite una Enmienda o Addendum.** Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que modifiquemos la información o añadamos un addendum (adición al registro). Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda o addendum por el tiempo que la información sea mantenida por nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser hecha por escrito y enviada a nuestro Gerente de oficina. Además, usted debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su solicitud de una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar su petición si usted nos pide que modifiquemos la información que: no fue creada por nuestra oficina; No es parte de la información médica mantenida por o para nuestra oficina; No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o es exacto y completo en el registro. Un apéndice no debe ser más largo que 250 palabras por artículo alegado incompleto o incorrecto en su record.

**III. Contabilidad de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica sobre usted que fueron para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertos otros propósitos. Para solicitar esta contabilidad de las divulgaciones, usted debe someter su petición por escrito a nuestro encargado de oficina. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que puede no ser más largo que los seis años anteriores y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Usted tiene derecho a una contabilidad dentro de un período de 12 meses sin costo alguno. Si usted solicita una segunda contabilidad dentro de ese período de 12 meses, nosotros podemos cobrarle por el costo de compilar la contabilidad. Le notificaremos de los costos involucrados y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurran los costos.

**IV. Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o Divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que revelamos acerca de usted a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago por su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no use o divulgue información a un miembro de la familia acerca de una cirugía que tuvo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, nuestro acuerdo debe ser por escrito, y cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su petición por escrito a nuestro encargado de oficina. En su solicitud, debe decirnos

---

(1) Qué información desea limitar; (2) Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quien desea que se apliquen los límites, por ejemplo, revelaciones a su cónyuge.

**V. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede pedir que sólo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud

por escrito a nuestro Gerente de oficina. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

**VI. Derecho a una Copia en Papel de Este Aviso.** Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso.

### **CAMBIOS EN NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad de nuestra oficina y este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o modificado eficaz para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibimos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página en la esquina superior derecha. Además, en cualquier momento usted puede solicitar una copia de la notificación actual.

### **RECLAMACIONES**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una reclamación con nuestra oficina de privacidad o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una reclamación por favor póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad por correo en la oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos: 61 Forsyth Street SW. Suite 3B70, Atlanta, GA 30323 / (404) 562-7886; (404) 331-2867 (TDD) (404) 562-7881 (Fax). Todas las reclamaciones deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una reclamación.

### **OTROS USOS DE LA INFORMACION MÉDICA**

Otros usos y divulgaciones de la información médica no cubierta por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros serán hechos solamente con su permiso escrito. Si usted nos proporciona el permiso para usar o revelar información médica sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted entiende que somos incapaces de recuperar cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que retendremos nuestros registros del cuidado proporcionado a usted como lo requiere la ley.

eptan walk ins

**Nombre de paciente/representante:** \_\_\_\_\_

---

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