

250 W. Bonita Ave
Suite 150
Pomona, CA 91767
Ph. (909)392-4747
Fax (909)392-4767

Lubna Isho DO Inc
REGISTRO DEL PACIENTE

¿Como se enteró de nosotros?
 Periódico
 Redes sociales / Internet
 Directorio de su Seguro
 Amistad / Familia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
IDIOMA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA		SU GÉNERO HOY <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDIFERENCIADO		
DIRECCIÓN PARA COBRANZAS (CALLE, DPTO O UNIDAD)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL O ZIP
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN PARA COBRANZAS)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL O ZIP
CELULAR XXX-XXX-XXXX	TEL DE CASA XXX-XXX-XXXX	TEL DE DÍA XXX-XXX-XXXX	CORREO ELECTRÓNICO (EJEMPLO@ABC.COM)		
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (NECESARIO) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TEL DE CASA <input type="checkbox"/> TEL DE DÍA <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO					
ESTADO CIVIL		APELLIDO DE SOLTERO DE LA MADRE		RAZA	IDENTIDAD ÉTNICA
CONTACTO DE EMERGENCIA				TELÉFONO	
EMPLEADOR PRINCIPAL			EMPLEADOR SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)		
DIRECCIÓN			DIRECCIÓN		
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		
TEL DEL TRABAJO XXX-XXX-XXXX	PROFESIÓN	TEL DEL TRABAJO XXX-XXX-XXXX	PROFESIÓN		

DATOS DEL ASEGURADO O DE QUIEN SE HACE RESPONSABLE ECONÓMICAMENTE (si no es el paciente)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
IDIOMA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA		SU GÉNERO HOY <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDIFERENCIADO		
DIRECCIÓN PARA COBRANZAS (CALLE, DPTO O UNIDAD)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL O ZIP
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN PARA COBRANZAS)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL O ZIP
CELULAR XXX-XXX-XXXX	TEL DE CASA XXX-XXX-XXXX	TEL DE DÍA XXX-XXX-XXXX	CORREO ELECTRÓNICO (EJEMPLO@ABC.COM)		
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (NECESARIO) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TEL DE CASA <input type="checkbox"/> TEL DE DÍA <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO					
ESTADO CIVIL		APELLIDO DE SOLTERO DE LA MADRE		RAZA	IDENTIDAD ÉTNICA
CONTACTO DE EMERGENCIA				TELÉFONO	
RELACIÓN CON EL PACIENTE					

SEGURO PRINCIPAL

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO			NÚMERO DE PÓLIZA		
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE GRUPO	CANTIDAD DE COPAGO \$	CANTIDAD DE DEDUCIBLE \$
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		TELÉFONO XXX-XXX-XXXX	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO	

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO			NÚMERO DE PÓLIZA		
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE GRUPO	CANTIDAD DE COPAGO \$	CANTIDAD DE DEDUCIBLE \$
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		TELÉFONO XXX-XXX-XXXX	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO	

POLÍTICA FINANCIERA: Se espera que liquide por completo o cubra su copago al momento de recibir los servicios. Los servicios que reciba no amparados por la cobertura de su plan de salud serán su responsabilidad. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a Graybill Medical Group, Inc., a administrar el tratamiento médico y realizar los procedimientos médicos determinados como necesarios. Autorizo que se comparta mi información médica a mi aseguradoras o agentes de la aseguradora para procesar el pago por los servicios. A mi buen saber y entender, toda la información anterior es verdadera y correcta. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Asigno todos los pagos que hará mi aseguradora a Graybill Medical Group, Inc.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
---	---------------------	-------

- **Copagos:** Su seguro médico nos requiere cobrar el copago al momento de su visita. La exoneración del copago puede constituir fraude bajo leyes estatales y federales. Por favor ayúdenos a respetar la ley pagando su copago en cada visita.
- **Pago de Deducibles:** Si su seguro médico le requiere satisfacer la cantidad de su deducible antes de cubrir los servicios, usted deberá hacer su pago al momento de su visita. La cantidad de \$150.00 será requerida al momento de su visita. Por favor tenga en cuenta que el pago de \$150.00 no constituye el pago en su totalidad y cualquier saldo pendiente se le notificará por medio de esta oficina.
- **Facturas por Servicios Prestados.** Nosotros solicitaremos a su seguro médico los pagos por servicios prestados y le asistemos de cualquier manera razonable para que se paguen sus facturas. Se espera que su seguro médico pague en un plazo de 45 días. Después de 45 días, esperaremos de usted el pago en su totalidad. Usted será responsable de liquidar cualquier servicio no cubierto por su seguro médico según las reglas y pólizas de Medicare. Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro médico más reciente y también para algún otro seguro suplementario o secundario que pueda tener. Las cuentas vencidas por más de 90 días están sujetas a ser enviadas a una agencia de cobranzas o a un juzgado de reclamos menores por facturas no pagadas. Si recibimos notificación de que usted no tiene cobertura o nosotros no tenemos contrato con su seguro médico, usted será responsable por todos los cargos incurridos. Puede ser que su seguro médico le pida mandar cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con esta petición.
- **Servicios de Cuidado Preventivo:** Los exámenes de rutina no siempre son cubiertos por su seguro médico. Tenga en cuenta que si un problema adicional es observado en su visita, podría incurrir un cobro adicional de un copago o deducible por esta visita médica. Si los servicios son negados por su seguro médico o no nos ha proporcionado la información correcta de su seguro médico, usted será responsable de pagar por estos servicios.
- **Pacientes que Pagan sus Propias Cuentas.** La cantidad que usted pague hoy por su consulta médica, podría no ser su pago final. Podría incurrir otros costos hoy, por ejemplo y por mencionar solo algunos, por análisis de laboratorio, radiografías, inyecciones, procedimientos especiales o cobros extra por la consulta.
- **Citas Perdidas:** Por favor tenga en cuenta que un cobro de \$25 será aplicado por citas perdidas o no canceladas dentro de un día laboral. Este cobro será su responsabilidad y será facturado directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada. Si en algún momento usted experimenta dificultades financieras y necesita hacer arreglos de pago, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina de facturación.

Asignación de Beneficios. Por esta Acuerdo concede autorización para que se comparta la información necesaria para procesar y completar mi reclamo de prestaciones al seguro médico, y para que se haga el pago de beneficios directamente a Lubna Isho, DO Inc por todos los servicios prestados.

Sus iniciales: _____

He leído y entendido la información en esta Acuerdo, Me comprometo a cumplir con las políticas financieras de la oficina y soy financieramente responsable por me cuenta.

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO
DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
--	---------------------	-------

Por este conducto reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Lubna Isho, DO Inc. Me han informado que una copia del aviso vigente de las Prácticas de Privacidad estará a la vista en el área de recepción y que toda enmienda hecha a las Prácticas de Privacidad estará disponible en cada cita.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA

TELÉFONO DEL PACIENTE XXX-XXX-XXXX

NOMBRE DEL MÉDICO

Si el paciente no firma, favor indicar su relación con el paciente:

- Padre, Madre o Tutor
- Tutor o Persona responsable de un paciente con incapacidad física o mental
- Beneficiario o Representante de un paciente fallecido

- Quisiera recibir una copia de cualquier aviso enmendado a las Prácticas de Privacidad or medio de mi correo electrónico (email)

_____@_____

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON OTRAS PERSONAS

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

Concedo autorización a Lubna Isho, DO Inc para hablar con las siguientes personas sobre mi salud y compartirles mi información de salud que incluye facturación y seguro. Entiendo que esta autorización no incluye información sobre VIH, psiquiátrica o notas sobre alcohol o drogas, y que ese tipo de autorización se otorga en in formulario distinto a este.

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
Esposo/Esposa	_____	_____
Hijos/Hijas	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Tutor	_____	_____
Cuidador	_____	_____
Hermana/Hermano	_____	_____
Amigo/Amiga	_____	_____
Contacto de Emergencia	_____	_____
Otro	_____	_____

Autorizo que se hable de lo siguiente (favor de marcar lo que corresponde):

- Anotaciones hechas durante consultas
- Resultados de laboratorio
- Rayos x
- Reportes
- Todos los servicios y tratamientos

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA

HISTORIAL PARA ADULTOS Y CUESTIONARIO DE REPASO DE SÍNTOMAS

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
SU GÉNERO HOY <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> INDIFERENCIADO	NOMBRE DEL CÓNYUGE O PAREJA	

HISTORIAL SOCIAL		
LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN DEL PACIENTE	
NACIONALIDAD	ESCOLORIDAD	
RELIGIÓN	ESTADO CIVIL	# AÑOS?
¿USO DE DROGAS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TIPO:	HIJOS
¿USO DE TABACO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TIPO	_____
¿CUÁNTOS PAQUETES DIÁRIOS? # AÑOS ÚLTIMO CONSUMO	MASCOTAS	
¿CONSUMO DE ALCOHOL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTAS BEBIDAS? POR <input type="checkbox"/> DÍA <input type="checkbox"/> SEMANA <input type="checkbox"/> MES	¿HACE EJERCICIO? TIPO FRECUENCIA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿SI ES ALTO CONSUMO, CUÁNTOS AÑOS? ÚLTIMO CONSUMO	VIAJES RECIENTES O DESTINOS FRECUENTES	
¿CONSUMO DE CAFEINA? TIPO PORCIONES/DÍA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	_____	

CONDICIONES MÉDICAS (Marque las casillas adecuadas)			
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): _____	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Prueba positiva de tuberculosis in piel <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de la vejiga <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (riñón) <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de los senos nasales <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Lesión en el cráneo <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos <input type="checkbox"/> Tranfusiones sanguíneas <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual: herpes, VIH, etc. <input type="checkbox"/> Gonorrea, clamidia <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Consumo de drogas intravenosas <input type="checkbox"/> Lesión por agujero	<input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Otra: _____
VACUNAS <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas y rubeola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Influenza/gripa <input type="checkbox"/> Neumocócica <input type="checkbox"/> Refuerzo de antitetánica			

HISTORIAL QUIRÚRGICO (Marque las casillas adecuadas y el año)		
<input type="checkbox"/> Ojos (laser o corrección de la vision) AÑO _____ <input type="checkbox"/> Ojos (cataratas o glaucoma) _____ <input type="checkbox"/> Oídos _____ <input type="checkbox"/> Senos nasales o tabique _____ <input type="checkbox"/> Amígdalas (anginas) o adenoides _____ <input type="checkbox"/> Tiroides _____ <input type="checkbox"/> Corazón _____	<input type="checkbox"/> Estómago AÑO _____ <input type="checkbox"/> Varices _____ <input type="checkbox"/> Vesícula biliar _____ <input type="checkbox"/> Intestino o colon _____ <input type="checkbox"/> Hemorroides _____ <input type="checkbox"/> Hernia _____ <input type="checkbox"/> Mama, seno _____ <input type="checkbox"/> Útero o histerectomía _____ <input type="checkbox"/> Ovarios _____ <input type="checkbox"/> Prostata _____	<input type="checkbox"/> Cirugía de columna o cuello AÑO _____ <input type="checkbox"/> Cirugía de columna o espalda _____ <input type="checkbox"/> Ortopédico (caderas o rodillas) _____ <input type="checkbox"/> Hombros, pies o manos _____ <input type="checkbox"/> Cesaria _____ <input type="checkbox"/> Vasectomía _____ <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____

HISTORIAL PARA ADULTOS Y CUESTIONARIO DE REPASO DE SÍNTOMAS (continuación)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

MEDICAMENTOS ACTUALES

NOMBRE	DOSIS	VECES POR DÍA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

ALERGIAS Y MALAS REACCIONES A MÉDICAMENTOS

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR (Marque las casillas que correspondan y escribe el parentesco)

¿Alguien en su FAMILIA alguna vez tuvo algo de lo siguiente?

	RELACIÓN		RELACIÓN		RELACIÓN
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): _____	_____	<input type="checkbox"/> Diálisis	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn o colitis	_____
	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica	_____	<input type="checkbox"/> Alzheimer	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	_____
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	_____	<input type="checkbox"/> Artritis reumático	_____	<input type="checkbox"/> Tendencia a sangrado	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	_____	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	_____	<input type="checkbox"/> Anemia	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad valvular cardíaca	_____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____	<input type="checkbox"/> Gota	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta)	_____	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	_____	<input type="checkbox"/> Depresión	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____	<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	_____
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	_____	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	_____	<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Piedras en los riñones	_____	<input type="checkbox"/> Piedras en la vesícula	_____	<input type="checkbox"/> Migraña	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal (riñones)	_____	<input type="checkbox"/> Otra: _____	_____		_____

HISTORIAL GINECOLÓGICO / OBSTÉTRICO

Nombre del Ginecólogo/Obstetra (imprima): _____

Edad en su primera menstruación: _____

Número de embarazos: _____

Fecha de su último Papanicolaou: ____/____/____

Número de partos: _____ Vaginal Cesarea

¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? Sí No

Su método de anticoncepción _____

Fecha de su última mamografía: ____/____/____

¿Ha tenido un mamografía anormal? Sí No

¿Tiene dolor durante la menstruación? Sí No

Ciclo menstrual: Regular Irregular

Edad de entrar en la menopausia: _____

HISTORIAL PARA ADULTOS Y CUESTIONARIO DE REPASO DE SÍNTOMAS (continuación)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

¿Ha tenido alguno de estos síntomas recientemente?

GENERALES

Fiebre Fatiga Sudoraciones nocturnas

Otro: _____

CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

Cambios de visión Dolores de cabeza

RESPIRATORIOS

Falta de aire Tos

CARDIOVASCULARES

Dolor en el pecho Palpitaciones

VASCULARES

Calambres en las piernas al hacer ejercicio

GASTROINTESTINALES

Vómito Diarrea Constipación

GENITALES Y URINARIOS

Ardor al orinar Sangre en la orina

METABÓLICOS O ENDÓCRINOS

Intolerancia a lo frío Intolerancia a lo caliente

NEUROLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS

Mareos Ansiedad Depresión

DERMATOLÓGICAS

Sarpullido Comezón

MUSCULOESQUELÉTICO

Dolor en la espalda Artritis

HEMATOLÓGICOS

Moretones fáciles Sangrado fácil

ALERGIAS

Alergia a alimentos Alergias al entomo

¿Algun otro síntoma no mencionado anteriormente?

HISTORIAL PARA ADULTOS Y CUESTIONARIO DE REPASO DE SÍNTOMAS (continuación)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

FARMACIA

Su receta será enviada electrónicamente a la farmacia de su preferencia. Por favor indique a que farmacia podemos enviar su receta:

CVS Wal-Mart Rite Aid Walgreens Target Sav-On Costco Von's

Otra: _____

Domicilio (calle(s), número, ciudad) _____

Mejor número de teléfono para comunicarnos usted en caso de tener alguna pregunta: (____) _____

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Fecha de su ultimo examen físico ____/____/____

Fecha de su ultimo análisis de colesterol ____/____/____

Si es mayor de 45 años, fecha de su ultimo examen de colon ____/____/____ Sigmoidoscopia Colonoscopia

Si es mayor de 65 años, fecha de su ultimo examen de osteoporosis o densidad de los huesos (DEXA) ____/____/____

Si es mujer, fecha de su último Papanicolaou ____/____/____

Si es mujer de 40 años, fecha de su último mamografía (mastografía) ____/____/____

VACUNAS

Por favor, indique la fecha en que le aplicaron las siguientes vacunas:

Tétanos: ____/____/____

Vacuna anti influenza o gripa (se aplica una vez al año entre el otoño y la primavera): ____/____/____

Vacuna anti neumonia (si es mayor de 65 años y tiene ciertas afecciones): ____/____/____

Vacuna anti herpes (si es mayor de 60 años): ____/____/____

¿Está interesado en recibir alguno de los anteriores? Sí No

DIRECTIVA ANTICIPADA

¿Tiene un Directiva Anticipada? Sí No

¿Le gustaría obtener información sobre una Directiva Anticipada? Sí No

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR MI EXPEDIENTE CLÍNICO

Phone: (909) 392-4747
Fax: (909) 392 4747

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
---	---------------------	-------

Si yo autorizo o me rehúso a dar mi autorización para que se comparta mi expediente clínico (el archivo con los documentos de registro de mi historial médico) no afectará mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios.

Yo autorizo al médico o al proveedor de cuidado médico que tiene mi expediente clínico a compartir mi expediente clínico con el médico tal como se indica a continuación:

COMPARTE:

MÉDICO O PROVEEDOR QUE COMPARTE EL EXPEDIENTE

CALLE, NÚMERO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

A: Lubna Isho, DO Inc

MÉDICO O PROVEEDOR RECIBIENDO
250 W Bonita Ave, Ste 150

DOMICILIO
Pomona, CA 91767

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

Favor de entregar la información de:

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE TELÉFONO

CALLE, NÚMERO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

VIGENCIA: Esta Autorización estará vigente inmediatamente y continuará vigente hasta _____
(escribe la fecha final) o por un año a partir de la fecha en que firme esta Autorización si no escribe una fecha.

REVOCACIÓN: Esta Autorización también está sujeta a una revocación (cancelación) escrita por la persona que firma esta formulario en cualquier momento entre ahora y la fecha en que la parte correspondiente comparta la información. La revocación escrita será efectiva al recibirla, pero no será efectiva hasta el punto en que el Peticionario u otros hayan actuado conforme a esta Autorización.

COMPARTIR UNA SOLA VEZ: Entiendo que el Peticionario legalmente no puede hacer otros usos o compartir mi información médica al menos que yo firme otra Autorización o al menos que compartirla sea exigido o permitido específicamente por ley.

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR MI EXPEDIENTE CLÍNICO (continuación)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
---	---------------------	-------

Especifique qué comparte:

Información médica

Rayos x y otras imágenes

Registros psiquiátricos

Registros de drogas o alcohol

Resultados de VIH

Pruebas genéticas

Otra (especifique):

Los registros en su expediente clínico se entregarán en:

Papel CD u otro tip de almacenamiento portátil

Electrónicamente por medio de NextMD

Yo solicito que la información clínica compartida por medio de esta Autorización sea utilizada solamente para el o los siguientes propósitos:

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA

Una copia de esta Autorización es válida como original. Tengo derecho a obtener una copia de esta Autorización y la copia es para mis archivos.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE (SI LA FIRMA NO ES DEL PACIENTE)

SOLO SE FOTOCOPIARÁN SUS REGISTROS CLÍNICOS DE 2 AÑOS A MENOS QUE SE SOLICITE ALGO DISTINTO. PUEDE HABER UN CARGO POR REGISTROS CLÍNICOS DE MÁS DE 2 AÑOS.

EL PROCESO DE FOTOCOPIAR EL REGISTRO CLÍNICO TOMA 15 DÍAS LABORALES. EL REGISTRO CLÍNICO NO SE ENVIARÁ POR FAX.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo con atención.

Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Llevamos un registro de la atención médica que brindamos y podemos recibir registros similares de otras fuentes. Utilizamos estos registros para brindar o permitir que otros proveedores del cuidado de la salud brinden atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios que se le prestan a usted según lo permitido por su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales a fin de operar esta práctica médica adecuadamente. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida, a proporcionar a las personas el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica y a notificar a las personas afectadas después de una violación a la información médica protegida. Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad que se menciona arriba.

A. Como puede Lubna Isho, DO Inc usar o divulgar su información médica

El expediente médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el expediente médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

1. **Tratamiento.** Usamos su información médica para proporcionarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención médica que usted necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores del cuidado de la salud que proporcionen servicios que nosotros no proporcionamos, o podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesite para surtirle una receta o con un laboratorio para realizar una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarle a usted cuando esté enfermo o lesionado, o después de su muerte.
2. **Pago.** Usamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información necesaria para el pago. También podemos divulgar información a otros proveedores del cuidado de la salud para ayudarles a obtener el pago por los servicios que le han brindado.
3. **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información médica para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y la cualificación de nuestro personal profesional. O podemos usar y divulgar esta información para hacer que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos usar y divulgar esta información conforme sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, lo cual incluye la detección de fraudes y abusos, programas de cumplimiento, y planificación y gestión empresarial. También podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que nos prestan servicios administrativos. Tenemos un contrato escrito con cada uno de nuestros socios comerciales que con tiene los términos que los obligan a ellos y a sus subcontratistas a proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica. Aunque la ley federal no protege la información médica que se divulga a una persona que no sea un profesional de la salud, plan de salud, centro de información de salud o a uno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe a todos los destinatarios de la información médica divulgarla, excepto cuando sea específicamente requerido o permitido por la ley. También

podemos compartir su información con otros proveedores del cuidado de la salud, centros de información de salud o planes de salud que tengan una relación con usted, cuando ellos soliciten dicha información para que les sirva en sus actividades de evaluación y mejora de la calidad; actividades de seguridad del paciente; sus esfuerzos para mejorar la salud de la población o reducir los costos de la atención médica; para el desarrollo de protocolos; las actividades de manejo de casos o de coordinación de la atención; su revisión de la competencia, las cualificaciones y el desempeño de los profesionales de la salud; sus programas de capacitación; sus actividades de certificación, acreditación u otorgamiento de licencias; sus actividades relacionadas con contratos de seguros de salud o beneficios para la salud; o sus esfuerzos para detectar fraudes y abusos de atención médica y para el cumplimiento de la ley.

4. Recordatorios de citas. Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle sus citas. [Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestadora automática o darle el mensaje a la persona que conteste el teléfono.]
5. Hoja de asistencia. Podemos usar y divulgar su información médica cuando se registre al llegar a nuestro consultorio. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para atenderlo.
6. Notificación y comunicación con familiares. Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su condición general o, a menos que usted nos haya indicado otra cosa, en el caso de que fallezca. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de ayuda para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que participe en su atención o ayude a pagar su atención. Si usted puede o está disponible para aceptar u oponerse, le daremos la oportunidad de oponerse antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos revelar esta información en un desastre incluso a pesar de su objeción, si creemos que es necesario hacerlo para responder a las situaciones de emergencia. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u oponerse, nuestros profesionales de la salud aplicaran su mejor criterio de comunicación con sus familiares y otros.
7. Mercadotecnia. Siempre que no recibamos pago alguno por hacer estas comunicaciones, podemos comunicarnos con usted para alentarle a comprar o utilizar productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o para dirigir o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores del cuidado de la salud o lugares para recibir atención médica que puedan interesarle. También podemos describir los productos o servicios que ofrece esta práctica y decirle de cuales planes de salud formamos parte. Podemos recibir una compensación financiera por hablar con usted frente a frente, para proporcionarle pequeños regalos promocionales, o para cubrir el costo de recordarle que debe tomar y volver a surtir su medicamento o cualquier otra forma de comunicación sobre un medicamento o elemento biológico que actualmente usted tenga prescrito, pero sólo si: (1) usted tiene una afección crónica y debilitante grave o potencialmente mortal y la comunicación se efectúa para instruirlo o informarle acerca de las opciones de tratamiento y para que no deje de seguir un tratamiento prescrito, o (2) usted está actualmente afiliado a un plan de salud y la comunicación está limitada a la disponibilidad de aquellos productos farmacéuticos más económicos. Si hacemos estas comunicaciones mientras usted tiene una afección crónica y debilitante grave o potencialmente mortal, se le informara lo siguiente, con un tamaño de letra mínimo de 14: (1) la existencia y el origen de la remuneración y (2) su derecho a darse de baja de las comunicaciones futuras remuneradas llamando al número de teléfono gratuito del comunicador. No utilizaremos o divulgaremos de otro modo su información médica para fines de mercadotecnia, ni aceptaremos pago alguno por otras comunicaciones de mercadotecnia sin su autorización previa por escrito. La autorización revelara si recibimos alguna compensación económica por cualquier actividad de mercadotecnia que usted autorice y detendremos cualquier actividad de mercadotecnia futura en la medida en que usted revoque dicha autorización.
8. Venta de información médica. No venderemos su información médica sin su autorización previa por escrito. La autorización revelara que recibiremos una compensación por su información médica si usted nos autoriza venderla y detendremos cualquier venta futura de su información en la medida en que usted revoque dicha autorización.
9. Requisitos legales. Usaremos y divulgaremos su información médica según lo requiera la ley, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley. Cuando la ley nos obligue a reportar un abuso, negligencia o violencia doméstica, o a responder a procesos judiciales o administrativos, o ante funcionarios

encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos además con los requisitos establecidos a continuación sobre dichas actividades.

10. Salud pública. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar casos de maltrato o abandono de niños, ancianos o adultos dependientes; denunciar casos de violencia doméstica; informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar alguna exposición a enfermedades o infecciones. Al notificar sospechas de maltrato de ancianos o adultos dependientes o violencia doméstica, le informaremos a usted o a su representante personal sin demora, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, creamos que la notificación lo pondría en riesgo de daño grave o que sería necesario informar a un representante personal que creemos que es el responsable del abuso o maltrato.
11. Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a agencias de supervisión de la salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias u otros procesos, sujetos a las limitaciones impuestas por las leyes federales y de California.
12. Procesos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica durante el curso de cualquier proceso administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de presentación de evidencia u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle esa solicitud y usted no se ha opuesto, o si sus objeciones han sido resueltas por un tribunal o una orden administrativa.
13. Cumplimiento de la ley. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a un agente encargado de hacer cumplir la ley para efectos de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; obedecer una orden de la corte, orden judicial, citación del gran jurado; y otros fines relacionados con el cumplimiento de la ley.
14. Médicos forenses. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a los médicos forenses en relación con las investigaciones de muertes.
15. Donación de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información médica a organizaciones relacionadas con la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos y tejidos.
16. Seguridad pública. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a las personas indicadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o al público en general.
17. Comprobante de vacunación. Divulgaremos comprobantes de vacunación a las escuelas a las cuales la ley solicite tal información antes de admitir a un estudiante si está de acuerdo con la divulgación en su propio nombre o en nombre de su dependiente.
18. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información médica para efectos de seguridad nacional o militar o para instituciones correccionales o agentes encargados del cumplimiento de la ley que lo tengan en custodia legal.
19. Indemnización de trabajadores. Podemos divulgar su información médica si es necesario para cumplir con las leyes de indemnización de trabajadores. Por ejemplo, hasta donde su atención de salud esté cubierta por la indemnización de trabajadores, elaboraremos informes periódicamente para su empleador sobre su enfermedad. La ley también nos obliga a reportar casos de lesiones o enfermedades ocupacionales al empleador o al asegurador de la indemnización de trabajadores.
20. Cambio de propiedad. En caso de que esta práctica médica se venda o se una con otra organización, su información médica o expediente médico pertenecerá al nuevo propietario, aunque usted puede mantener el derecho de solicitar que las copias de su información médica se transfieran a otro médico o grupo médico.
21. Notificación de violación. En caso de que ocurra una violación a la información médica protegida sin garantía, le notificaremos de la forma en la que la ley lo exija. Si nos proporcionó una dirección de correo electrónico actual, podemos usar el correo electrónico para comunicarle la información relacionada con la violación. En algunas circunstancias, nuestros socios comerciales pueden proporcionar la notificación. También podemos proporcionar la notificación por otros medios según corresponda.
22. Investigación. Podemos divulgar su información médica a investigadores que realicen investigaciones con

respecto a las cuales no sea necesario solicitar su autorización por escrito según lo aprobado por un consejo de revisión institucional o un consejo de privacidad conforme a la ley vigente.

B. Casos en que Lubna Isho, DO Inc no puede usar o divulgar su información médica

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, esta práctica médica, de acuerdo con sus obligaciones legales, no usará o divulgará información médica que lo identifique sin su autorización por escrito. Si autoriza que esta práctica médica use o divulgue su información médica para otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Sus derechos sobre la información médica

1. *Derecho a solicitar protección especial de privacidad.* Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica por medio de una solicitud por escrito que especifique qué información quiere limitar y que limitaciones desea imponer en nuestro uso o divulgación de esa información. Si nos pide no divulgar información a su plan de salud comercial sobre los productos o servicios de atención de la salud que usted pagó por completo de su bolsillo, cumpliremos con su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por razones legales o de tratamiento. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le notificaremos nuestra decisión.
2. *Derecho a solicitar comunicación confidencial.* Tiene derecho a solicitar que le enviemos su información médica por un medio o a un lugar específico. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información a una cuenta de correo electrónico en particular o a la dirección de su lugar de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables que se envíen por escrito y que especifiquen cómo y dónde desea recibir estas comunicaciones.
3. *Derecho a examinar y copiar.* Tiene derecho a examinar y copiar su información médica, con excepciones limitadas. Para tener acceso a su información médica, debe enviar una solicitud por escrito que detalle a qué información desea tener acceso, si desea examinarla o sacarle una copia, y si desea una copia, una forma y un formato en especial. Proporcionaremos copias en la forma y el formato solicitados si pueden producirse fácilmente, o le proporcionaremos el formato alternativo que le parezca aceptable, o si no podemos aceptar y mantenemos el expediente en formato electrónico, puede elegir un formato electrónico legible o un formato en papel. También enviaremos una copia a cualquier otra persona que asigne por escrito. Le cobraremos una cuota razonable que cubra los costos de mano de obra, suministros, gastos de envío, y si así lo solicita y acepta por anticipado, el costo de la elaboración de una explicación o resumen, según lo permitido por las leyes federales y de California. Podemos rechazar su solicitud bajo circunstancias limitadas. Si rechazamos su solicitud de acceso al expediente médico de su hijo o a los expedientes médicos de un adulto discapacitado que esté representando porque creemos que permitir el acceso podría causar razonablemente un daño significativo al paciente, tendrá el derecho de apelar nuestra decisión. Si rechazamos su solicitud de acceso a sus notas de psicoterapia, tendrá el derecho de transferirlas a otro profesional de la salud mental.
4. *Derecho a modificar o complementar.* Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información médica que crea que es incorrecta o que esta incompleta. Debe hacer una solicitud por escrito para alguna modificación e incluir las razones por las que cree que la información es errónea o esta incompleta. No estamos obligados a cambiar su información médica, pero le proporcionaremos la información sobre el rechazo de esta práctica médica y cómo puede estar en desacuerdo con este rechazo. Podemos rechazar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no se encuentre disponible para hacer la corrección), si no se le permite examinar o copiar la información en cuestión o si la información es precisa y completa así como esta. Si rechazamos su solicitud, puede enviar una declaración por escrito de su desacuerdo con tal decisión, y nosotros podemos, a su vez, preparar una refutación por escrito. También tiene el derecho de solicitar que agreguemos a su expediente una declaración de máximo 250 palabras sobre cualquier cosa que crea que está incompleta o incorrecta en el expediente. Toda la información relacionada con cualquier solicitud para modificar o complementar información se guardará y divulgará junto con cualquier divulgación subsecuente de la información discutida.

5. *Derecho a una explicación sobre las divulgaciones.* Usted tiene el derecho de recibir una explicación sobre las divulgaciones de su información médica hechas por esta práctica médica, excepto que esta práctica médica no tiene que dar una explicación sobre las divulgaciones que se le hayan proporcionado a usted o de conformidad con su autorización por escrito, o como se describe en párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de la atención salud), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad, o las divulgaciones para efectos de investigación o salud pública que excluyan identificadores directos de pacientes, o que sean incidentales al uso o la divulgación que de otra manera sea permitido o autorizado por la ley, o las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o agente encargado del cumplimiento de la ley hasta el punto en que esta práctica médica haya recibido una notificación por parte de esa agencia o agente que indique que proporcionar esta explicación podría razonablemente impedir la realización de sus actividades.
6. Usted tiene el derecho de ver nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, que incluye el derecho a obtener una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si ha solicitado recibirlo por correo electrónico previamente. Si le gustaría tener una explicación más detallada de estos derechos o si le gustaría ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad que se menciona al principio de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice tal corrección, la ley nos obliga a cumplir con este aviso. Después de hacer una corrección, el Aviso de protección a la privacidad corregido se aplicará a toda la información médica protegida que guardemos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Guardaremos una copia del aviso actual y la colocaremos en nuestra área de recepción y habrá una copia disponible en cada cita. También publicamos el aviso actual en nuestro sitio web.