

James Ho, M.D.

1330 San Bernardino Road, Suite G, Upland, CA 91786 • (909) 755-0622 Fax (909) 931-3627

Información GeneralNombre De Paciente _____ Fecha de Nac. ____/____/____ Edad _____
(last) (first)

Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Codg Postal _____

: Hombre Mujer Casado Soltero Divorciado Viudo

Tel. () _____ Celularone () _____

SS# _____ - _____ - _____ Lic. de Conducir# _____

Lenguaje Primario _____ ¿Necesita Un Interprete? Si No¿Quien lo refirio a nuestra oficina?
_____Su visita de ahora es relacionada a un accidente de trabajo? Si No

Nombre del Regulador _____ #Reclamo _____

Información De Empleo

Empleador _____ Tel. () _____

Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Codg Postal _____

Compañía de Seguros/Información de Facturación

Persona Responsable _____ Parentesco _____ Fecha de Nac. _____

Empleador del Asegurado Titular (si este no es el paciente) _____

Cia. de Seguros _____ Tel. () _____

Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Codg Postal _____

Asegurado Titular _____ Parentesco con el paciente _____

SS# del Aseg. Titular _____ #Poliza/Grupo _____ #De Miembro _____

En Caso De Emergencia Comuníquese con:

_____ Tel: () _____

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Debido a las reglas rigurosas adoptadas por el Gobierno Federal (HIPAA - Decreto de Transportabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud) referente a la confidencialidad del paciente. La responsabilidad del paciente sera hacer que se envi el expediente médico y los resultados de estudios médicos a nuestra oficina. Muchos centros médicos o expediente médico, ya sea por fax o por correo aéreo, sin una autorización firmada por usted el día que los solicite. Por su proteccion, nuestra oficina no puede obtener los resultados de sus estudios médicos con una llamada telefónica. Es su responsabilidad hacer que todos los resultados de estudios médicos de otros centros médicos lleguen a tiempo a nuestra oficina antes de su proxima cita.

Por la presente autorizo James C Ho MD Medical Corporation a obtener el expediente médico, estudios, radiografias o cualquier información pertinente para una mejor evaluación y tratamiento de mi condición medica. Esta autorización permanecerá en efecto por 1 (uno) año a menos que yo rescinda por escrito.

Parte Responsable_____
Fecha

ADULT HEALTH HISTORY

Name/Nombre	Age/Edad	D.O.B./Cuando Nacio	Date/Fecha
--------------------	-----------------	----------------------------	-------------------

HISTORY OF PAST ILLNESS Have you had?/ENFERMEDADES PASADAS: (Ha tenido)

Measles/Sarampion.....No	Yes/Si	Rheumatic fever/Fiebre Reumatica.....No	Yes/Si
Mumps/Paperas.....No	Yes/Si	Heart Disease/Enfermedad del Corazon.....No	Yes/Si
Chickenpox/Viruela.....No	Yes/Si	Tuberculosis.....No	Yes/Si
Diabetes.....No	Yes/Si	Venereal Disease/Enfermedad Venerea.....No	Yes/Si
Strokes/Embolio.....No	Yes/Si	Serious Disease/Enfermedad Graves.....No	Yes/Si

Ever Hospitalized/Ha sido hospitalizado... No Yes/Si... Explain/Explicacion _____
 Ever had surgery/Ha tenido operaciones.... No Yes/Si... Explain/Explicacion _____
 Had broken bones/Ha tenido fracturas..... No Yes/Si... Explain/Explicacion _____
 Head concussions or injuries/
 Golpes o Heridas de cabeza..... No Yes/Si... Explain/Explicacion _____

Date of Last Tetanus Shot/La Fecha de su ultima inmunizacion de Tetno _____
 Date of Last PAP Smear/La Fecha de papanicolou exam de cancer _____
 Date of Last Mammogram/Mammographia _____

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR:

Has anyone in your family ever had?/Ha habido en su familia?

Cancer	No	Yes/Si... Who/Quien? _____
Diabetes	No	Yes/Si... Who/Quien? _____
Tuberculosis	No	Yes/Si... Who/Quien? _____
Heart trouble/Enfermedad del corazon	No	Yes/Si... Who/Quien? _____
High blood pressure/Presion alta	No	Yes/Si... Who/Quien? _____
Stroke/Embolio	No	Yes/Si... Who/Quien? _____
Convulsions/Epilepsia	No	Yes/Si... Who/Quien? _____
Suicide/Suicidio	No	Yes/Si... Who/Quien? _____

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL:

Single/Soltero Married/Casado Seperated/Separado Divorced/Divorciado Widowed/Viudo
 Alcoholic Beverages/Bebidas Alcoholicas: Never/Nunca _____ How much/Cuanto _____
 Tobacco or Cigarettes/Tobacco o Cigarillos: Never/Nuca _____ How much/Cuanto _____
 Are you sexually active?/Esta sexualmente activa? Y N
 What is your job?/Cual es su trabajo? _____
 Education Level/Nivel de Education: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 College/Colegio Superior: 1 2 3 4
 Ethnic Background/Nacionalidad American Indian Asian Filipino Pacific Islander Black Hispanic White

SYSTEMIC REVIEW GENERAL?REVISION DE SISTEMAS:

Recent weight change/Reciente cambio de peso?..... No Yes/Si
 Have you been in good health most of your life?/Ha tenido buena salud la mayor parte su vida?.... No Yes/Si

HAVE YOU EVER HAD PROBLEMS WITH?/ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS CON?

Skin/Piel.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Head-Eyes-Ears-Nose-Throat/ Cabeza-Ojos-Oidos-Nanz-Garganta.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Neck/Cuello.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Lungs/Pulmones.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Heart and Circulation/Corazon o Circulacion.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Blood/Sangre.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Emotions/Emociones.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Nerves/Nervios.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Muscles and Bones/Musculos o Huesos.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Stomach and Bowels/Estomago o Intestinos.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Sex Organs/Organos Sexuales.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Urinary/Unnanos.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____
Any other/Cualquiera otro.....No	Yes/Si... Explain/Explicacion _____

ALLERGIES OR REACTIONS TO FOOD /MEDICATION/LATEX
 ALERGIAS O REACCIONES A ALIMENTOS / MEDICINAS/LATEX _____

PATIENT SIGNATURE/FIRMA _____ DATE/FECHA _____

DOCTOR SIGNATURE _____ DATE/FECHA _____

JAMES C. HO MD MEDICAL CORPORATION TEL: 909-755-0622

Date: _____

Patient Name: _____ DOB: _____

Exposición a la tuberculosis? Sí / No

¿Nacimiento o viaje en un país de alto riesgo de tuberculosis? Sí / No

¿Inmunosuprimido? Sí / No

Antecedentes de: Tuberculosis: Sí / No; Varicela: Sí / No; Hepatitis B: Sí / No;

Hepatitis C: Sí / No; Enfermedad venérea: Sí / No; Accidentes cerebrovasculares: Sí / No

Enfermedad cardíaca: Sí / No; Hipertensión: Sí / No, comenzó: _____

¿Tiene un tensiómetro en funcionamiento? Sí / No

¿Tiene diabetes? Sí / No. Si es Sí, fecha de inicio: _____

Último hemoglobina A1c: _____

¿Cuándo fue su última revisión ocular para la diabetes?: _____

Última vacuna contra la neumonía: _____

Última vacuna contra el herpes zóster: _____

Última vacuna contra la gripe: _____

Historial familiar de cáncer: _____

Tipo de cáncer, edad en el momento del inicio del cáncer.

Historial familiar de enfermedad cardíaca: _____

Tabaquismo:

¿Fuma o vatea tabaco? Sí / No / Dejar de fumar: ¿Cuándo? _____

¿Cuántos años fumando? _____ ¿Cuántas cajetillas? _____

¿Está considerando dejar de fumar? _____

¿Qué métodos para dejar de fumar ha intentado? _____

**AUTORIZACION DE CESION A COMPANIA DE SEGUROS
AUTORIZACION DE REVELACION DE INFORMACION MEDICA**

Por la presente solicito que se pague los beneficios autorizados por Medicare al médico o proveedor James C Ho MD Medical Corporation por los servicios prestados a mi persona. Autorizo que cualquier información médica acerca de mi persona le sea disponible a la Administración Financiera de Cuidados de Salud y su personal para determinar esos beneficios o los beneficios a pagarse por los servicios prestados.

Tengo entendido que mi firma autoriza el pago tanto como la cesión de Información Médica Personal necesaria para el pago de este reclamo. En casos asignados de Medicare, el médico o proveedor acepta el pago determinado por Medicare como pago total, y el paciente solamente es responsable del deducible, seguro coparticipe y servicios que Medicare no cubre. El cobro de seguro coparticipe y deducible son determinados por Medicare.

Nombre del Beneficiario

HIC (No. Medicare)

COMPANIA DE SEGUROS - AUTORIZACION Y CESION DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo James C Ho MD Medical Corporation para proporcionar Información Personal de Salud de mi enfermedad y tratamiento a las empresas de seguros o a otra entidad necesario para pagar la reclamación, y por la presente de asignar a James C Ho MD Medical Corporation de todos los pagos por los servicios médicos prestados a mi persona o a mis dependientes o yo mismo. Tengo entendido que soy responsable del pago del deducible y cualquier cantidad que no cubra la Compañía de Seguros, laboratorio, radiografías y otros servicios adicionales recibidos en relación con la visita a la oficina del doctor. Estos serán cobrados por separado. Los deducibles serán pagados en el momento del servicio prestado y se añadirá un cobro de \$25.00 por cualquier cheque sin fondos.

Firma de la Parte Responsable

Fecha

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

El suscrito autoriza recibir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo servicios de emergencia, laboratorio, radiografías o cualquier procedimiento médico bajo las instrucciones generales y específicas del médico.

Firma de la Parte Responsable

Fecha

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE MENOR DE EDAD

Por la presente doy consentimiento y autorizo que mi hijo/a menor de edad:

Nombre del Menor de Edad

Fecha de Nacimiento del Menor de Edad

El diagnóstico y tratamiento terapéutico, incluyendo servicios de emergencia, análisis de laboratorio, radiografías, tratamiento médico o quirúrgico o cualquier procedimiento administrado bajo las instrucciones generales y específicas del médico.

Firma de Padre o Apoderado

Fecha

¿Vive usted con el menor? SI NO Numero de telefono si es diferente al del menor _____

DERECHOS DE PACIENTE

Usted tiene de derecho a rehusar a dar consentimiento o impugnar cualquier parte de este formulario. Si es así, por favor hable con nosotros acerca de eso. Si usted otorga dar su consentimiento en este documento, usted podría rescindir su consentimiento por escrito en el futuro. Este derecho y otros derechos que usted tiene referente a su Información de Salud Personal, el uso y divulgación de información, se encuentran en detalle en nuestra hoja de Observaciones no Publicadas, solicite uno y léala cuidadosamente. Nosotros lo apreciamos como paciente y nos esforzaremos en prestarle el mejor servicio que podamos.

Identification Verified by: _____

USTED TIENE EL DERECHO DE TOMAR DECISIONES ACERCA DE SU TRATAMIENTO MEDICO

La ley federal requiere que nosotros le ofrecamos información que explique sus derechos para tomar decisiones de atención de Salud y describe la manera en la cual pueda planear lo que se debe de hacer cuando usted no pueda hablar por sí mismo

Su médico debe informarle acerca de su condición médica y los diferentes tratamientos que puede hacer por usted. Muchos tratamientos tienen "efectos secundarios". A menudo, más de un tratamiento podría ayudarlo. Su médico puede informarle de los tratamientos que estén disponibles para usted, pero él no puede elegir por usted. Esa elección depende de lo que sea importante para usted.

Si usted no puede decidir cual tratamiento seguir, su médico le preguntará a su familiar más cercano o amigo disponible para ayudar a decidir lo que sea mejor para usted. Algunas veces no todos están de acuerdo en lo que hay que hacer. Por eso es útil si usted dice con anticipación lo que quiere que suceda si no puede hablar por sí mismo. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas que se pueden utilizar para decir lo que quiere y a quién quiere que hable por usted.

Una clase de directivas anticipadas bajo la ley de California lo deja nombrar a una persona la cual tomara decisiones Medicas cuando usted no pueda. Esta forma se llama **PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD**. Puede elegir a un familiar adulto o amigo de confianza como su "agente". Para que hable por usted cuando este demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.

Usted puede escribir en **EL PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD**, cuando quiera o no quiera recibir tratamiento medico. Hable con su medico acerca de lo que quiere y déle una copia del formulario. Algunas veces es difícil tomar decisiones de tratamientos, y realmente ayuda a su familia y a sus medicos si ellos saben lo que usted quiere.

El Poder Notarial Duradero Para la Atención de la Salud, también ofrece protección legal cuando se respetan sus deseos.

Si usted no quiere que otra persona decida por usted. Usted puede usar otra clase de directivas anticipadas para escribir sus deseos sobre el tratamiento. Esto se llama **Testamento en Vida**, toma efecto cuando usted este vivo y no pueda hablar por sí mismo la ley de la Muerte Natural de California lo deja firmar un Testamento en Vida llamado **Declaración**. Cualquier persona de 18 años o mayor de edad que tengan la mente lúcida, pueden firmar esta forma.

Cuando usted Firma una **Declaración** le deja dicho a su Medico, que usted no quiere ningún tratamiento que le prolonguen la vida si es enfermo terminal o si esta inconsciente de manera permanente. Usted de todas maneras recibirá tratamiento medico para mantenerlo comfortable.

Los Medicos tienen que seguir sus deseos y limitar el tratamiento, si no ellos tienen que pasar su tratamiento con un Medico que respete sus deseos. Los Medico estan protegidos legal mente cuando estan siguiendo sus deseos.

Usted puede firmar la **Declaración**, usando cualquier forma de testamento en Vida, puede usar el formulario de un **Poder Notarial Duradero para la Atención De La Salud** O simplemente escriba sus deseos en un pedaso de papel. Pero los testamentos en vida que no cumplan con los requisitos de la Ley de la Muerte no ofrecen mucha protección legal a sus medicos si surgiera un desacuerdo acerca del cumplimiento de sus deseos. Usted puede cambiar o revocar cualquiera de estos documentos en cualquier momento, siempre y cuando pueda comunicar sus deseos. Mantenga informado a su medico, familia, Amigo o cualquier persona designada como su agente, si decide cambiar o revocar cualquiera de estos documentos.

No tiene que firmar ninguno de estos formularios si no lo desea. Simplemente puede platicar con su medico y pedirle que escriba en su registro medico lo que acaba de decir. Y puede hablar con su familia. Pero la gente tendra más claro lo que desea de tratamiento si usted lo escribe. Es mas probable que se cumplan sus deseos si los pone por escrito.

Si no tiene a alguien que usted quiera nombrar para tomar decisiones cuando usted no pueda hacerlo, puede firmar una Declaración De la ley De La Muerte Natural. Esta Declaración dice que usted no quiere tratamientos que le prolonguen la vida si es enfermo terminal o si está inconciente de manera permanente.

Nosotros le ofrecemos a usted esta información acerca de las **Directivas Anticipadas** para que participe en la planificación de las decisiones medicas en su futuro. Nosotros creemos que nunca es demasiado temprano para pensar en decisiones que puedan ser muy importantes en el futuro, y platicar de estos temas con su familia, Amigos o personas que esten interesados.

Usted tiene que informarle a su Medico primario si decide o no llenar cualquier formulario de Directivas anticipadas y déle una copia del formulario. Recuerde Mantener una copia con usted cuando ingrese al hospital o a otra instalación medica, para que se mantenga en su expediente medico.

Para obtener una forma de las Directivas Anticipadas, asistir a una clase o para recibir asistencia gratuita para llenar la forma de las Directivas Anticipadas usted puede llamar a numero siguiente a **California Health Decisions al (714) 347-7921**

JAMES C. HO, M.D. MEDICAL CORPORATION

A Nuestros Pacientes;;

Para cumplir con las normas superiores de su privacidad y confidencialidad acerca de su informacion medica, le pedimos que llene lo siguiente.where you want.

Poemos comunicamos con usted a este numero referente a su cita medica? (confirmar, cancelar Nueva cita, etc?)

Podemos dejar mensajes?

1. _() _____
Telefono/casa

Si No

Si No

2. _() _____
Telefono/trabajo

Si No

Si No

3. _() _____
Celularone

Si No

Si No

4. _____
Correo electronico

Si No

Si No

5. _() _____
Telefono/emergencia

Parentesco: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
James Ho, M.D. Medical Corporation
 1330 San Bernardino Road, Suite G, Upland, CA 91786 909-755-0622

Effective Date September 1, 2013

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. *We understand the importance of privacy and are committed to maintaining the confidentiality of your medical information. We make a record of the medical care we provide and may receive such records from others. We use these records to provide or enable other health care providers to provide quality medical care, to obtain payment for services provided to you as allowed by your health plan and to enable us to meet our professional and legal obligations to operate this medical practice properly. We are required by law to maintain the privacy of protected health information and to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. This notice describes how we may use and disclose your medical information. It also describes your rights and our legal obligations with respect to your medical information. If you have any questions about this Notice, please contact our Privacy Officer listed above.*

A. HOW THIS MEDICAL PRACTICE MAY USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

This medical practice collects health information about you and stores it in a chart and on a computer. This is your medical record. The medical record is the property of this medical practice, but the information in the medical record belongs to you. The law permits us to use or disclose your health information for the following purposes:

1. **Treatment.** We use medical information about you to provide your medical care. We disclose medical information to our employees and others who are involved in providing the care you need. For example, we may share your medical information with other physicians or other health care providers who will provide services which we do not provide. Or we may share this information with a pharmacist who needs it to dispense a prescription to you, or a laboratory that performs a test. We may also disclose medical information to members of your family or others who can help you when you are sick or injured.
2. **Payment.** We use and disclose medical information about you to obtain payment for the services we provide. For example, we give your health plan the information it requires before it will pay us. We may also disclose information to other health care providers to assist them in obtaining payment for services they have provided to you.
3. **Health Care Operations.** We may use and disclose medical information about you to operate this medical practice. For example, we may use and disclose this information to review and improve the quality of care we provide, or the competence and qualifications of our professional staff. Or we may use and disclose this information to get your health plan to authorize services or services and audits, including fraud and abuse detection and compliance programs and business planning and management. We may also share your medical information with our "business associates," such as our billing service, that perform administrative services for us. We have a written contract with each of these business associates that contains terms requiring them to protect the confidentiality and security of your medical information. Although federal law does not protect health information which is disclosed to someone other than another healthcare provider, health plan, healthcare clearinghouse, or one of their business associates, California law prohibits all recipients of healthcare information from further disclosing it except as specifically required or permitted by law. We may also share your information with other health care providers, health care clearinghouses or health plans that have a relationship with you, when they request this information to help them with their quality assessment and improvement activities, their patient-safety activities, their population-based efforts to improve health or reduce health care costs, protocol development, case management or care coordination activities, their review of competence, qualifications and performance of health care professionals, their training programs, their accreditation, certification or licensing activities, their activities related to contracts of health insurance or health benefits, or their health care fraud and abuse detection and compliance efforts. *[Participants in organized health care arrangements only should add: We may also share medical information about you with the other health care providers, health care clearinghouses and health plans that participate with us in "organized health care arrangements" (OHCAs) for any of the OHCAs' health care operations. OHCAs include hospitals, physician organizations, health plans, and other entities which collectively provide health care services. A listing of the OHCAs we participate in is available from the Privacy Official.]*
4. **[Optional: Appointment Reminders.** We may use and disclose medical information to contact and remind you about appointments. If you are not home, we may leave this information on your answering machine or in a message left with the person answering the phone.]
5. **Sign In Sheet.** We may use and disclose medical information about you by having you sign in when you arrive at our office. We may also call out your name when we are ready to see you.
6. **Notification and Communication with Family.** We may disclose your health information to notify or assist in notifying a family member, your personal representative or another person responsible for your care about your location, your general condition or, unless you have instructed us otherwise, in the event of your death. In the event of a disaster, we may disclose information to a relief organization so that they may coordinate these notification efforts. We may also disclose information to someone who is involved with your care or helps pay for your care. If you are able and available to agree or object, we will give you the opportunity to object prior to making these disclosures, although we may disclose this information in a disaster even over your objection if we believe it is necessary to respond to the emergency circumstances. If you are unable or unavailable to agree or object, our health professionals will use their best judgment in communication with your family and others.
7. **Marketing.** Provided we do not receive any payment for making these communications, we may contact you to encourage you to purchase or use products or services related to your treatment, case management or care coordination, or to direct or recommend other treatments, therapies, health care providers or settings of care that may be of interest to you. We may similarly describe products or services provided by this practice and tell you which health plans we participate in. We may receive financial compensation to talk with you face-to-face, to provide you with small promotional gifts, or to cover our cost of reminding you to take and refill your medication or otherwise communicate about a drug or biologic that is currently prescribed for you, but only if you either: (1) have a chronic and seriously debilitating or life-threatening condition and the communication is made to educate or advise you about treatment options and otherwise maintain adherence to a prescribed course of treatment, or (2) you are a current health plan enrollee and the communication is limited to the availability of more cost-effective pharmaceuticals. If we make these communications while you have a chronic and seriously debilitating or life threatening condition, we will provide notice of the following in at least 14-point type: (1) the fact and source of the remuneration; and (2) your right to opt-out of future remunerated communications by calling the communicator's toll-free number. We will not otherwise use or disclose your medical information for marketing purposes or accept any payment for other marketing communications without your prior written authorization. The authorization will disclose whether we receive any financial compensation for any marketing activity you authorize, and we will stop any future marketing activity to the extent you revoke that authorization.
8. **Sale of Health Information.** We will not sell your health information without your prior written authorization. The authorization will disclose that we will receive compensation for your health information if you authorize us to sell it, and we will stop any future sales of your information to the extent that you revoke that authorization.
9. **Required by Law.** As required by law, we will use and disclose your health information, but we will limit our use or disclosure to the relevant requirements of the law. When the law requires us to report abuse, neglect or domestic violence, or respond to judicial or administrative proceedings, or to law enforcement officials, we will further comply with the requirement set forth below concerning those activities.
10. **Public Health.** We may, and are sometimes required by law to disclose your health information to public health authorities for purposes related to: preventing or controlling disease, injury or disability; reporting child, elder or dependent adult abuse or neglect; reporting domestic violence; reporting to the Food and Drug Administration problems with products and reactions to medications; and reporting disease or infection exposure. When we report suspected elder or dependent adult abuse or domestic violence, we will inform you or your personal representative promptly unless in our best professional judgment, we believe the notification would place you at risk of serious harm or would require informing a personal representative we believe is responsible for the abuse or harm.
11. **Health Oversight Activities.** We may, and are sometimes required by law to disclose your health information to health oversight agencies during the course of audits, investigations, inspections, licensure and other proceedings, subject to the limitations imposed by federal and California law.
12. **Judicial and Administrative Proceedings.** We may, and are sometimes required by law, to disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding to the extent expressly authorized by a court or administrative order. We may also disclose information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process if reasonable efforts have been made to notify you of the request and you have not objected, or if your objections have been resolved by a court or administrative order.
13. **Law Enforcement.** We may, and are sometimes required by law, to disclose your health information to a law enforcement official for purposes such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person, complying with a court order, warrant, grand jury subpoena and other law enforcement purposes.
14. **Coroners.** We may, and are often required by law, to disclose your health information to coroners in connection with their investigations of deaths.

**ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE REGARDING
PRIVACY OF INFORMATION**

In compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), we are required to provide you, the patient, a Notice of our Privacy Practices. The notice describes how health information about you may be used and disclosed, and how you can get access to this information. Please review it carefully.

En conformidad con el acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), nos otros es requerido que laproporcione al paciente el Aviso de la Practicas de la Privacidad. Este aviso describe cómo la información de la salud sobre usted puede ser utilizada y ser divulgada, y cómo usted puede tener el acceso a esta información. Por favor lea esta informacion cuidadosmente.

.....

I hereby acknowledge that I was given a copy of James C Ho MD Medical Corporation’s Notice of Privacy Practices to read. I was also given the opportunity to have a copy to take with me if I desired. In addition, a Notice of Privacy Practices is posted in the patient waiting area.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used and disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations. I also understand that you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree, then you are bound to abide by such restrctions.

I would like to receive a copy of James C Ho MD Medical Corporation’s Notice of Privacy Practices via e-mail

at: _____

Signature

Date

Print Name

If not signed by patient, please indicate relationship: _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this receipt of Notice of Privacy Practices form but was unable to do so as documented below:

Date: Initials: Reason:



James C. Ho M.D.

MEDICATIONS

Date: _____

Patient Name: _____

Allergies: _____

Pharmacy: _____

Medication Name	Dosage	Frequency

1330 San Bernardino Road, Suite G, Upland, CA 91786
Phone: 909-755-0622. Fax: 909-931-3627. Web site: www.jhomd.com

- 15. Organ or Tissue Donation.** We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking or transplanting organs and tissues.
- 16. Public Safety.** We may, and are sometimes required by law, to disclose your health information to appropriate persons in order to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a particular person or the general public.
- 17. Proof of Immunization.** We will disclose proof of immunization to a school where the law requires the school to have such information prior to admitting a student if you have agreed to the disclosure on behalf of yourself or your dependent.
- 18. Specialized Government Functions.** We may disclose your health information for military or national security purposes or to correctional institutions or law enforcement officers that have you in their lawful custody.
- 19. Worker's Compensation.** We may disclose your health information as necessary to comply with worker's compensation laws. For example, to the extent your care is covered by workers' compensation, we will make periodic reports to your employer about your condition. We are also required by law to report cases of occupational injury or occupational illness to the employer or workers' compensation insurer.
- 20. Change of Ownership.** In the event that this medical practice is sold or merged with another organization, your health information/record will become the property of the new owner, although you will maintain the right to request that copies of your health information be transferred to another physician or medical group.
- 21. Breach Notification.** In the case of a breach of unsecured protected health information, we will notify you as required by law. If you have provided us with a current email address, we may use email to communicate information related to the breach. In some circumstances our business associate may provide the notification. We may also provide notification by other methods as appropriate. **[Note: Only use email notification if you are certain it will not contain PHI and it will not disclose inappropriate information. For example if your email address is "digestivediseaseassociates.com" an email sent with this address could, if intercepted, identify the patient and their condition.] [Add the following three activities, or any of the three, only if the organization engages or intends to engage in these activities.]**
- 22. Psychotherapy Notes.** We will not use or disclose your psychotherapy notes without your prior written authorization except for the following: (1) your treatment, (2) for training our staff, students and other trainees, (3) to defend ourselves if you sue us or bring some other legal proceeding, (4) if the law requires us to disclose the information to you or the Secretary of HHS or for some other reason, (5) in response to health oversight activities concerning your psychotherapist, (6) to avert a serious threat to health or safety, or (7) to the coroner or medical examiner after you die. To the extent you revoke an authorization to use or disclose your psychotherapy notes, we will stop using or disclosing these notes.
- 23. Research.** We may disclose your health information to researchers conducting research with respect to which your written authorization is not required as approved by an Institutional Review Board or privacy board, in compliance with governing law.
- 24. Fundraising.** We may use or disclose your demographic information, the dates that you received treatment, the department of service, your treating physician, outcome information and health insurance status in order to contact you for our fundraising activities. If you do not want to receive these materials, notify the Privacy Officer listed at the top of this Notice of Privacy Practices and we will stop any further fundraising communications. Similarly, you should notify the Privacy Office if you decide you want to start receiving these solicitations again.

B. WHEN THIS MEDICAL PRACTICE MAY NOT USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

Except as described in this Notice of Privacy Practices, this medical practice will, consistent with its legal obligations, not use or disclose health information which identifies you without your written authorization. If you do authorize this medical practice to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time.

C. YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

- 1. Right to Request Special Privacy Protections.** You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information by a written request specifying what information you want to limit, and what limitations on our use or disclosure of that information you wish to have imposed. If you tell us not to disclose information to your commercial health plan concerning health care items or services for which you paid for in full out-of-pocket, we will abide by your request, unless we must disclose the information for treatment or legal reasons. We reserve the right to accept or reject any other request, and will notify you of our decision.
- 2. Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that you receive your health information in a specific way or at a specific location. For example, you may ask that we send information to a particular email account or to your work address. We will comply with all reasonable requests submitted in writing which specify how or where you wish to receive these communications.
- 3. Right to Inspect and Copy.** You have the right to inspect and copy your health information, with limited exceptions. To access your medical information, you must submit a written request detailing what information you want access to, whether you want to inspect it or get a copy of it, and if you want a copy, your preferred form and format. We will provide copies in your requested form and format if it is readily producible, or we will provide you with an alternative format you find acceptable, or if we can't agree and we maintain the record in an electronic format, your choice of a readable electronic or hardcopy format. We will also send a copy to another person you designate in writing. We will charge a reasonable fee which covers our costs for labor, supplies, postage, and if requested and agreed to in advance, the cost of preparing an explanation or summary, as allowed by federal and California law. We may deny your request under limited circumstances. If we deny your request to access your child's records or the records of an incapacitated adult you are representing because we believe allowing access would be reasonably likely to cause substantial harm to the patient, you will have a right to appeal our decision. If we deny your request to access your psychotherapy notes, you will have the right to have them transferred to another mental health professional.
- 4. Right to Amend or Supplement.** You have a right to request that we amend your health information that you believe is incorrect or incomplete. You must make a request to amend in writing, and include the reasons you believe the information is inaccurate or incomplete. We are not required to change your health information, and will provide you with information about this medical practice's denial and how you can disagree with the denial. We may deny your request if we do not have the information, if we did not create the information (unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment), if you would not be permitted to inspect or copy the information at issue, or if the information is accurate and complete as is. If we deny your request, you may submit a written statement of your disagreement with that decision, and we may, in turn, prepare a written rebuttal. You also have the right to request that we add to your record a statement of up to 250 words concerning anything in the record you believe to be incomplete or incorrect. All information related to any request to amend or supplement will be maintained and disclosed in conjunction with any subsequent disclosure of the disputed information.
- 5. Right to an Accounting of Disclosures.** You have a right to receive an accounting of disclosures of your health information made by this medical practice, except that this medical practice does not have to account for the disclosures provided to you or pursuant to your written authorization, or as described in paragraphs 1 (treatment), 2 (payment), 3 (health care operations), 6 (notification and communication with family) and 18 (specialized government functions) of Section A of this Notice of Privacy Practices or disclosures for purposes of research or public health which exclude direct patient identifiers, or which are incident to a use or disclosure otherwise permitted or authorized by law, or the disclosures to a health oversight agency or law enforcement official to the extent this medical practice has received notice from that agency or official that providing this accounting would be reasonably likely to impede their activities.

6. You have a right to notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, including a right to a paper copy of this Notice of Privacy Practices, even if you have previously requested its receipt by email. If you would like to have a more detailed explanation of these rights or if you would like to exercise one or more of these rights, contact our Privacy Officer listed at the top of this Notice of Privacy Practices.

D. CHANGES TO THIS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We reserve the right to amend our privacy practices and the terms of this Notice of Privacy Practices at any time in the future. Until such amendment is made, we are required by law to comply with this Notice.

After an amendment is made, the revised Notice of Privacy Protections will apply to all protected health information that we maintain, regardless of when it was created or received. We will keep a copy of the current notice posted in our reception area, and a copy will be available at each appointment.

Complaints

Complaints about this Notice of Privacy Practices or how this medical practice handles your health information should be directed to our Privacy Officer listed at the top of this Notice of Privacy Practices.

If you are not satisfied with the manner in which this office handles a complaint, you may submit a formal complaint to:

Region IX, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, CA 94103
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD), (415) 437-8329 FAX OOCRMail@hhs.gov

The complaint form may be found at www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf. You will not be penalized in any way for filing a complaint.

Depression Screening Assessment

Member Name: _____

Date of Birth: _____

Fecha hoy _____

Depression Screening (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

		Not at all <i>Ningún día</i>	Several Days <i>Varios días</i>	More Than Half the Days <i>Más de la mitad de los días</i>	Nearly Every Day <i>Casi todos los días</i>
1	Little interest or pleasure in doing things <i>Poco interés o placer en hacer cosas</i>	0	1	2	3
2	Feeling down, depressed, or hopeless <i>Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas</i>	0	1	2	3
3	Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much <i>Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado</i>	0	1	2	3
4	Feeling tired or having little energy <i>Se ha sentido cansado(a) o con poca energía</i>	0	1	2	3
5	Poor appetite or overeating <i>Sin apetito o ha comido en exceso</i>	0	1	2	3
6	Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down <i>Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia</i>	0	1	2	3
7	Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television <i>Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión</i>	0	1	2	3
8	Moving or speaking so slowly that other people could have noticed or being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual <i>¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal</i>	0	1	2	3
9	Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way <i>Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera</i>	0	1	2	3
1-4 Minimal Depression, 5-9 Mild Depression, 10-14 Moderate Depression, 15-19 Moderately Severe Depression, 20-27 Severe Depression		TOTAL:			

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha Hoy _____

Cuestionario Revisado de Experiencias Adversas en la Infancia

Comité Consultivo Clínico del Cirujano General de California



Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

Instrucciones: A continuación hay una lista de 10 categorías de Experiencias adversas en la infancia (ACE por sus siglas en inglés.) De la lista a continuación, agregue el número de categorías de ACE que experimentó antes de cumplir 18 años y coloque el número total en la parte inferior. (No necesita indicar qué categorías se aplican a usted, solo el número total de categorías que aplican).

¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?

¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?

¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?

¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?

¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?

¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?

¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?

¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?

¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?

¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?

Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas

¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud?

No mucho Algo Mucho

Las experiencias en la infancia son solo una parte de la historia de vida de una persona.

Hay muchas maneras de sanar a lo largo de nuestra vida.

Háganos saber si tiene preguntas sobre privacidad o confidencialidad.

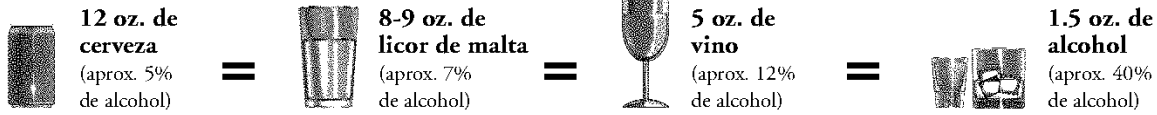
Nombre: _____ Fecha Nacimiento _____ Fecha Hoy _____

AUDIT

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

NOTA: En los Estados Unidos *una bebida* se refiere a cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de etanol o alcohol puro. Las bebidas que siguen a continuación son de diferentes tamaños sin embargo su contenido de alcohol es el mismo. Es por eso que todas son consideradas *una bebida*:



Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					Total	

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas de consumo en los Estados Unidos (14 gramos de alcohol puro), la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio www.who.org está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.