



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral
Ipei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral
Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD
Médico Asistente
Gavin Pope, PA-C
Médico Asistente
Hayley Washinsky, PA-C
Médico Asistente
Kimbrelle Pascua, APN
Enfermera Especializada

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

De acuerdo con lo permitido por la ley Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), entiendo que mi información médica protegida puede ser usada y divulgada por mi médico, el personal del consultorio y otras personas fuera del consultorio involucradas en mi atención y tratamiento para propósitos de brindar servicios de atención médica.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar el *Aviso de prácticas de privacidad*, el cual explica cómo será usada y divulgada mi información médica. Entiendo que tengo derecho a una copia de este documento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a Khavkin Clinic a discutir la información con los siguientes:

Familiares Personal de entrenamiento de mi escuela

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

GRACIAS POR ELEGIR A KHAVKIN CLINIC.

Khavkin Clinic se enfoca en brindar atención compasiva, prudente y basada en la evidencia, siendo la educación del paciente una de nuestras más altas prioridades. Hemos organizado nuestra práctica para incluir servicios que complementen nuestra filosofía de tratamiento para que usted pueda tener la confianza de que está recibiendo la mejor atención posible.

- Expedientes médicos electrónicos
- Equipo médico duradero (EMD) para incluir órtesis lumbares y cervicales.

Si la opción de tratamiento recomendada para usted es la cirugía, nuestros médicos están afiliados al Centro Médico y Dental de Nevada.

Este centro está atendido por enfermeras capacitadas y personal de apoyo, quienes colaboran estrechamente con nuestros médicos para brindar una atención de la más alta calidad en una manera eficiente y personal. Este centro cuenta con equipo de vanguardia específico para los pacientes de columna, a quienes se les realizan procedimientos ambulatorios, así como para quienes requieren una estancia nocturna.

DECLARACIÓN FINANCIERA

Sentimos que usted tiene el derecho a saber que nuestros médicos son propietarios de algunas de las instalaciones de cirugía mencionadas anteriormente, según lo permitido por las leyes federales y estatales.

Si tiene dudas o preocupaciones, favor de hacérselo saber; estaremos encantados de discutir esto con usted.

¡Apreciamos la oportunidad de servirle a usted y a su familia, y esperamos ayudarle a sentirse mejor y recuperar su vida!

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral
Ippei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral
Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD
Médico Asistente
Gavin Pope, PA-C
Médico Asistente
Hayley Washinsky, PA-C
Médico Asistente
Kimbrelle Pascua, APN
Enfermera Especializada

Paciente nuevo Paciente establecido (problema nuevo) Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F Altura: ___' ___" Peso: _____ lbs.

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Referencia del médico Familia/Amigo Internet Seguro Otro: _____

HISTORIAL DE QUEJAS

¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo? Sí No

¿Es esta resultado de un accidente en vehículo motorizado o un resbalón o caída? Sí No

Fecha de la lesión: _____

Describe cómo se lesionó: _____

Si no es una lesión, ¿cuándo comenzó el dolor? _____

Lugar del dolor: _____

¿El dolor se irradia a las extremidades? Brazo derecho Brazo izquierdo Pierna izquierda Pierna derecha Glúteos

Intensidad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué ayuda para el dolor? _____ ¿Qué empeora el dolor? _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Medicamento: _____ Reacción: _____

Medicamento: _____ Reacción: _____

Medicamento: _____ Reacción: _____



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral
Ippei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral
Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD
Médico Asistente
Gavin Pope, PA-C
Médico Asistente
Hayley Washinsky, PA-C
Médico Asistente
Kimbrelle Pascua, APN
Enfermera Especializada

ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES

	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Herma no
Cáncer	<input type="checkbox"/>				
Diabetes	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>				
Artritis	<input type="checkbox"/>				
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>				
Embolia	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>				
Otra _____	<input type="checkbox"/>				

¿Fuma? Sí No Si sí, ¿cuántos paquetes al día? _____ Número de años de ser fumador: _____

¿Bebe alcohol? Sí No Si sí, ¿cuántas bebidas al día/semana? _____ / _____ Número de años de ser tomador: _____

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No Si sí, ¿cuántos días a la semana? _____ Número de años haciendo ejercicio: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Cuándo fue su último examen físico? _____ Hace más de cinco años

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Encierre en un círculo todas las que apliquen)

Cáncer	Hipertensión	Coágulos sanguíneos en
Cardiopatía	Migraña	piernas
Embolia	Hepatitis (A B C)	Fatiga excesiva
Diabetes	Asma	Latidos irregulares
Convulsiones	Psoriasis	Transfusión sanguínea previa
Estreñimiento	Depresión	Dolores de cabeza (que no se alivian con
Otra: _____	Otra: _____	medicamentos)
		Dificultad para respirar
		Otra: _____

EVALUACIÓN PREVIA

Haga una lista de los nombres de los médicos/centros que le han dado consulta sobre la condición actual:



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral

Ippei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral

Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD

Médico Asistente

Gavin Pope, PA-C

Médico Asistente

Hayley Washinsky, PA-C

Médico Asistente

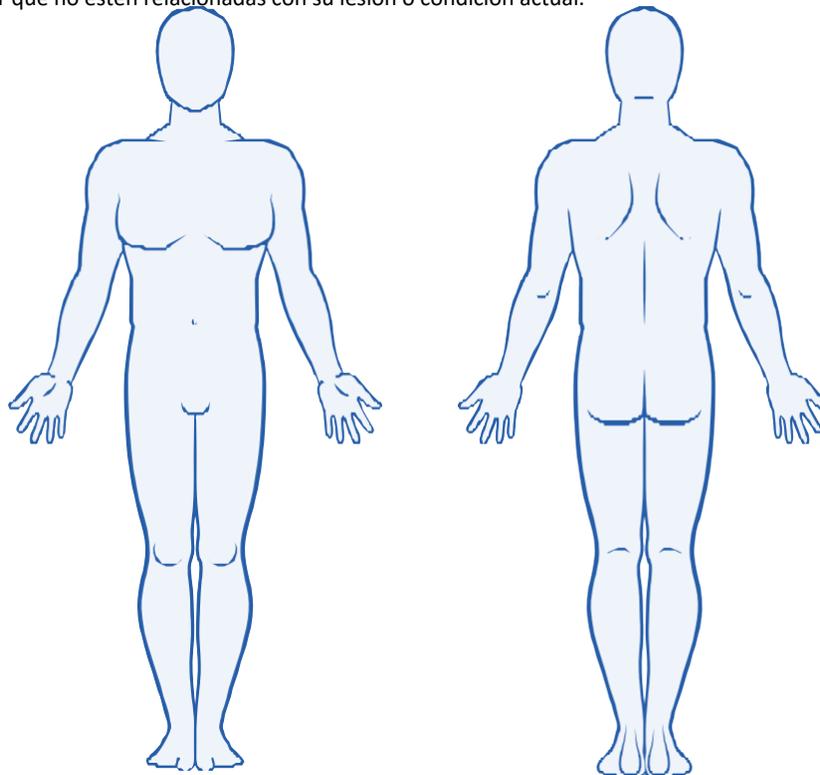
Kimbrelle Pascua, APN

Enfermera Especializada

Escriba todas las cirugías previas que le han hecho:

PROCEDIMIENTO	NIVELES	FECHA
Cirugía de disco lumbar	_____	_____
Fusión lumbar	_____	_____
Fusión cervical	_____	_____
Otro: _____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____

En el siguiente diagrama del cuerpo, indique dónde se localiza su dolor en el momento presente. No indique áreas de dolor que no estén relacionadas con su lesión o condición actual.



Indique cuáles de las siguientes opciones ha probado para su dolor y si ayudó:

	PROBADO	AYUDÓ		PROBADO	AYUDÓ
Manejo del dolor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Antiinflamatorio/AINE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inyección epidural de esteroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Terapia quiropráctica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inyección de puntos reflexogenos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Terapia física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Por cuánto tiempo se puede sentar/parar cómodamente? _____ ¿Qué tan lejos pude caminar? _____



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral
Ipei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral
Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD
Médico Asistente
Gavin Pope, PA-C
Médico Asistente
Hayley Washinsky, PA-C
Médico Asistente
Kimbrelle Pascua, APN
Enfermera Especializada

ACUERDO PARA LA TERAPIA DE SUMINISTRO DE NARCÓTICOS

El propósito de este Acuerdo es prevenir malentendidos sobre ciertos medicamentos que usted estará tomando para el manejo del dolor. Este acuerdo es para ayudarle a usted y a su médico a cumplir la ley y los lineamientos CDC respecto a los fármacos controlados.

El uso a largo plazo de medicamentos para el dolor es controvertido en algunos aspectos, ya que existe el riesgo de desarrollar dependencia y abuso. Es necesario que el uso de estos medicamentos narcóticos para el dolor sea monitoreado y regulado de manera precisa. Por favor, lea y firme con sus iniciales nuestras políticas:

- Todo medicamento narcótico debe provenir de un médico de acuerdo con lo establecido por la ley. Es inapropiado como ilegal que múltiples médicos receten medicamentos para el dolor.
- No se permitirá el reabastecimiento después de las 3:00 pm entre semana y después de la 1:00 pm los viernes. No se proporcionarán reabastecimientos los fines de semana. **NO LLAME AL SERVICIO DE RESPUESTA SOLICITANDO REABASTECIMIENTO(S).**
- No se dará reabastecimiento si no ha tenido consulta dentro de los últimos 90 días.
- Los medicamentos narcóticos se deben obtener todos de la misma farmacia. Surtir las recetas en varias farmacias no es aceptable. El médico recetante está autorizado para discutir todos los detalles del diagnóstico y tratamiento con el farmacéutico de la farmacia dispensadora en cualquier momento.
- El reabastecimiento debe solicitarse a través de su farmacia, no de nuestro consultorio, a menos que sea necesario discutir un cambio de medicamento.
- Los medicamentos no se reemplazarán si se pierden, se caen al inodoro, se los come una mascota, se olvidan en el avión, etc. Si los medicamentos son robados se debe llenar un reporte policial para conseguir un reabastecimiento. De ninguna otra manera se autorizará el reabastecimiento.
- Si parece que los medicamentos narcóticos se están usando inapropiadamente y en contra del consejo médico, las autoridades legales responsables serán notificadas. El paciente renuncia a la confidencialidad y da consentimiento para proporcionar acceso total a las autoridades correspondientes a los expedientes del paciente.
- Entiendo que el incumplimiento de estas políticas resultará en la cancelación permanente de todos los medicamentos narcóticos recetados por nuestros médicos.
- Si usted está siendo atendido por, o está bajo el tratamiento de un médico de manejo del dolor debe obtener una liberación de atención enviada a nuestra oficina antes de que cualquier medicamento narcótico sea recetado.
- Entiendo que existe el riesgo de dependencia y adicción física o psicológica asociado al uso crónico de sustancias controladas.
- Entiendo que este Acuerdo es esencial para la confianza y seguridad necesarias en una relación médico/paciente y que mi médico efectúa mi tratamiento sobre la base de este Acuerdo.
- Entiendo que, si rompo este Acuerdo, mi proveedor cancelará la prescripción de estos medicamentos para el control del dolor.
- En este caso, mi proveedor NO disminuirá el tratamiento por un período de varios días y usted podría experimentar síntomas de abstinencia. Asimismo, se puede recomendar un programa de tratamiento para la farmacodependencia.
- También podría tener que estar dispuesto a buscar tratamiento psiquiátrico, psicoterapia y/o tratamiento psicológico si mi proveedor lo considera necesario.
- Mantendré informado totalmente a mi proveedor sobre el carácter e intensidad de mi dolor, el efecto del dolor en mi vida diaria y qué tan bien me está funcionando el medicamento para aliviar el dolor.
- No usaré ninguna sustancia controlada ilegal, incluidas la marihuana, la cocaína, etc., tampoco haré mal uso ni me automedicaré sustancias controladas legales.
- No usaré alcohol mientras me estén recetando estos medicamentos. Me estarán monitoreando los metabolitos del alcohol durante pruebas aleatorias de antidopaje.



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral
Ippei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral
Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD
Médico Asistent
Gavin Pope, PA-C
Médico Asistente
Hayley Washinsky, PA-C
Médico Asistente
Kimbrelle Pascua, APN
Enfermera Especializada

- No compartiré mi medicamento con nadie.
- No intentaré obtener ningún medicamento controlado, incluidos los medicamentos analgésicos opioides, los estimulantes controlados y los ansiolíticos, de ningún otro proveedor.
- Me aseguraré de que mi medicamento para el dolor no se pierda, no sea robado, ni usado inintencionalmente por otros, incluidos jóvenes. Los medicamentos extraviados o robados no se reemplazarán en NINGUNA CIRCUNSTANCIA.
- Acepto que los reabastecimientos de mis recetas de medicamentos para el dolor se hagan solamente durante una consulta o durante el horario de servicio regular. Los reabastecimientos NO estarán disponibles en las tardes ni los fines de semana.
- Acepto usar sólo una farmacia para surtir todos mis medicamentos.
- Autorizo al proveedor y a mi farmacia a cooperar plenamente con cualquier agencia de la ciudad, estatal o federal de aplicación de la ley, incluida la Board of Pharmacy estatal, en la investigación de cualquier posible uso o venta indebidos, o cualquier desvío de mi medicamento para el dolor. Yo autorizo a mi proveedor a dar una copia de este Acuerdo a mi farmacia, a mi proveedor de atención médica primaria y a la sala de emergencias local. Acepto la renuncia de cualquier privilegio o derecho aplicable de privacidad o confidencialidad respecto a estas autorizaciones.
- Acepto someterme a una prueba de sangre o de orina si la solicita mi proveedor, para determinar mi cumplimiento del programa de medicamentos para el control del dolor.
- Entiendo que mi proveedor estará verificando que yo esté recibiendo sustancias controladas solamente de un proveedor y de una sola farmacia, revisando el sitio web del Programa de Monitoreo de Prescripción periódicamente durante el período de mi tratamiento.
- Acepto usar mi medicina en una dosis no mayor a la prescrita y que el uso de mi medicina en dosis mayores constituye una violación de este acuerdo.
- Traeré el medicamento para el dolor que no usé a cada consulta.
- Acepto seguir estos lineamientos que me han sido explicados plenamente.

HE LEÍDO Y ACEPTADO LOS TÉRMINOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Obtengo mi medicamento para el dolor de mi médico de atención primaria/de manejo del dolor

Dr. _____ y continuaré haciéndolo hasta que discuta estos cambios con uno de mis médicos.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

EL PACIENTE SE NEGÓ A FIRMAR



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral
Ippei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral
Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD
Médico Asistente
Gavin Pope, PA-C
Médico Asistente
Hayley Washinsky, PA-C
Médico Asistente
Kimbrelle Pascua, APN
Enfermera Especializada

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

POLÍTICAS DEL CONSULTORIO

Nos comprometemos a proporcionarle la mejor atención y el mejor servicio posibles, y consideramos que su comprensión de nuestras políticas financieras y de nuestro consultorio es un elemento esencial en su atención y tratamiento. Por favor, lea las siguientes políticas cuidadosamente. Si tiene preguntas sobre su cuenta, costos, seguro o pagos, favor de hablar con uno de nuestros representantes.

El horario de atención es de 9:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes. Todas las llamadas telefónicas de rutina deben hacerse en este horario.

SEGUROS MÉDICOS

Si usted está asegurado, le facturaremos a los planes de seguro con los que tenemos un acuerdo. Sin embargo, en última instancia, es su responsabilidad familiarizarse con los detalles de la cobertura de su plan de seguro. Para saber lo que cubre su seguro médico y cuáles podrían ser sus obligaciones financieras, le instamos a llamar al departamento de servicio al cliente o al miembro de su compañía de seguros antes de su primera consulta (los números telefónicos están en su tarjeta de seguro). Su deducible adeudado al momento de la consulta. En caso de que su seguro médico determine que un servicio "no está cubierto", le facturaremos a usted, y el pago debe hacerse al momento de recibir el informe. Cualquier cantidad que no sea pagada por su compañía de seguros dentro de 30 días, será facturada a su nombre. Si tiene su cobertura médica con un plan con el que no tenemos un acuerdo, se espera que el pago completo se realice al momento del servicio. Como cortesía, enviaremos una reclamación en su nombre a su compañía de seguros.

Usted es responsable de notificarnos de su seguro, cualquier cambio a su seguro y de proporcionar la información necesaria sobre su plan de seguro (o planes si tiene más de una cobertura); por lo que debe tener sus tarjetas de seguro médico con usted en todo momento, así como su tarjeta de cobertura de medicamentos (si es distinta).

MEDICARE

Khavkin Clinic es un proveedor participante de Medicare. No todos los pacientes de Medicare tienen Medicare tradicional. Si usted está registrado en un plan de Medicare Advantage, es su responsabilidad verificar si nuestros médicos son proveedores participantes de su plan específico. La mayoría de los planes de Medicare Advantage requieren autorización previa o referencias de su médico de atención primaria o IPA. Si tiene un plan de Medicare Advantage, usted es responsable de obtener la autorización previa y/o referencia para su consulta inicial. Nosotros solicitaremos autorización para las consultas de seguimiento y las cirugías. Si tiene Medicare tradicional, nosotros recolectaremos el coaseguro estimado al momento del servicio. Si tiene un plan de Medicare Advantage, nosotros recolectaremos el copago del especialista al momento del servicio. Cualquier cantidad que no sea pagada por su compañía de seguros dentro de 30 días, será facturada a su nombre. Si tiene su cobertura médica con un plan con el que no tenemos un acuerdo o si no tiene la autorización previa requerida, se espera que realice el pago total al momento del servicio. Como cortesía, enviaremos una reclamación en su nombre a su compañía de seguros.

MEDICAID

Khavkin Clinic es un proveedor participante de Medicaid para Nevada Medicaid y Arizona Medicaid. No todos los pacientes tienen Medicaid tradicional. Si usted está registrado en Medicaid HMO, es su responsabilidad verificar si nuestros médicos son proveedores participantes de su plan específico. La mayoría de los planes de Medicaid HMO requieren autorización previa o referencias de su médico de atención primaria o IPA. Si tiene Medicaid HMO, usted es responsable de obtener la autorización previa y/o la referencia para su consulta inicial. Nosotros solicitaremos autorización para las consultas de seguimiento y las cirugías. Si tiene su cobertura médica con un plan con el que no tenemos un acuerdo o si no tiene la autorización previa requerida, se espera que realice el pago total al momento del servicio.

CUENTAS DE AUTOPAGO

Si usted no tiene un seguro médico válido que cubra el costo de los servicios, usted tendrá que hacer el pago total al momento del servicio.

HE LEÍDO Y ACEPTADO LOS TÉRMINOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral
Ippei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral
Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD
Médico Asistente
Gavin Pope, PA-C
Médico Asistente
Hayley Washinsky, PA-C
Médico Asistente
Kimbrelle Pascua, APN
Enfermera Especializada

AUTORIZACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE HIPAA PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de entrada en vigor: _____

Fecha de expiración de la autorización de liberación de información: _____

Por medio de la presente autorizo el uso y divulgación de mi información médica protegida de acuerdo con lo descrito a continuación. Entiendo que la información que autorizo a ser recibida por una persona o entidad puede ser redistribuida y pierde la protección del reglamento de privacidad federal.

Información específica que puede ser usada/divulgada: Todos los expedientes médicos, reportes de radiología, notas de la consulta/visita al consultorio, reportes de progreso, resultados de laboratorio, resultados de pruebas.

La información será usada /divulgada para los siguientes propósitos: **CONTINUIDAD DE ATENCIÓN**
 Personas/organizaciones autorizadas para usar o divulgar la información:

Teléfono: _____ Fax: _____

Personas/organizaciones autorizadas para recibir la información:

KHAVKIN CLINIC
 653 N. TOWN CENTER DRIVE, SUITE# 602
 LAS VEGAS, NEVADA 89144
 TELÉFONO: (702) 888-1188 FAX: (702) 673-1155

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación para firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios o inscripción, pago por o cobertura de servicios, o capacidad de obtener tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información usada o divulgada. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar a KHAVKIN CLINIC por escrito, excepto en la medida que:

- a) Ya se emprendido una acción como resultado de esta autorización; o
- b) si esta autorización se obtiene como condición para obtener la cobertura del seguro, otra ley le otorga al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar y recibir un Aviso de Prácticas de Privacidad de KHAVKIN CLINIC.

 Firma del paciente o representante personal

 Fecha

 Si no es firmada por el paciente, imprimir el nombre del representante personal

 Descripción de la autorización otorgada al representante personal



Yevgeniy Khavkin, MD
Neurocirujano Certificado
Cirujano de la Columna Vertebral
Ippei Takagi, MD
Candidato a Neurocirujano
Cirujano de la Columna Vertebral
Sherif Al-Hawarey, MD
Médico Especialista en Control del Dolor
Certificado

Arlyn Valencia, MD
Médico Asistente
Gavin Pope, PA-C
Médico Asistente
Hayley Washinsky, PA-C
Médico Asistente
Kimbrelle Pascua, APN
Enfermera Especializada

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

ACEPTACIÓN DE HIPAA Y FORMA DE DIVULGACIÓN DE DESIGNACIÓN DEL PACIENTE

Aceptación del Aviso de las Prácticas de Privacidad en la Práctica Médica

Al suscribir mi nombre a continuación, reconozco que me entregaron una copia del Aviso de Privacidad en la Práctica Médica (NPP, por sus siglas en inglés), y que he leído (o he tenido la oportunidad de leerlo si así lo elegí) y entendido el mismo y aceptado sus términos.

 Firma del paciente o representante personal Fecha

Si no es firmada por el paciente, imprimir el nombre del representante personal Descripción de la autorización otorgada al representante personal

La firma anterior no se obtuvo debido a:

- El paciente no tiene la capacidad de firmar y tiene un representante. El paciente se fue con toda la información pertinente.
- El paciente se negó a firmar.
- El paciente rechazó las formas.

DESIGNACIÓN DE DETERMINADOS PARIENTES, AMIGOS CERCANOS Y OTROS CUIDADORES COMO REPRESENTANTE PERSONAL:

Acepto que el consultorio puede divulgar mi información médica a un Representante Personal de mi elección, dado que esa persona está involucrada en mi atención médica o en el pago de mi atención médica. En ese caso, el médico del consultorio puede divulgar sólo la información que es directamente relevante a la contribución de esa persona en mi atención médica o al pago relacionado con mi atención médica.

Nombre impreso	Relación con usted	Teléfono	Lo que podemos divulgar
			<input type="checkbox"/> Toda y cualquier información <input type="checkbox"/> Instrucciones pre/post procedimiento <input type="checkbox"/> Sólo información sobre citas
			<input type="checkbox"/> Toda y cualquier información <input type="checkbox"/> Instrucciones pre/post procedimiento <input type="checkbox"/> Sólo información sobre citas
			<input type="checkbox"/> Toda y cualquier información <input type="checkbox"/> Instrucciones pre/post procedimiento <input type="checkbox"/> Sólo información sobre citas

SOLICITUD DE RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES POR MEDIOS ALTERNATIVOS:

Según lo estipulado en la Sección 164.522(b) de la Privacy Rule, por medio de la presente solicito que el consultorio realice todas las comunicaciones conmigo a través de los medios alternativos que enumero a continuación.

Teléfono de casa:	<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con información detallada <input type="checkbox"/> Dejar un mensaje con el número para regresar la llamada
Teléfono celular:	<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con información detallada <input type="checkbox"/> Dejar un mensaje con el número para regresar la llamada
Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con información detallada <input type="checkbox"/> Dejar un mensaje con el número para regresar la llamada

 Firma del paciente o representante personal Fecha