PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - CONFIDENCIAL

Apellido: _____Nombre_____ IM_____

Fecha de nacimiento: _____ N° de SS _____ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Dirección: _____

Ciudad _____Estado:_____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono laboral: _____ Celular:_____

Correo electrónico de Padres:_____

Empleador: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Médico remitente: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN RELACIONADA A LOS SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS

Por medio de la presente, asigno todos los beneficios a Pacific Cardiovascular Associates Medical Group, Inc por los servicios prestados a mi persona o a dicho paciente. Autorizo a cualquiera que posea información médica sobre mi persona o sobre dicho paciente, a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Comprendo que mi firma solicita que el pago sea realizado a Pacific Cardiovascular Associates y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. He proporcionado toda la información del seguro a fines de facturación y entiendo los procedimientos de la misma. Entiendo que soy responsable de todos los costos no cubiertos por mi póliza de seguro, incluyendo, entre otros, copagos, deducibles y servicios no cubiertos. También estoy de acuerdo en pagar el cargo por "no presentarse" si no cumplo con una cita sin avisar con suficiente antelación. También estoy de acuerdo en completar todo el papeleo necesario para que mi compañía aseguradora pague el reclamo; y acepto la responsabilidad por todos los cargos si mi compañía aseguradora no remite el pago en mi nombre.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por medio de la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de PCA. También reconozco que una copia del aviso vigente estará publicado en el área de recepción, y que habrá una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado disponible en cada cita.

Copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en línea www.pcacardiology.com

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

En general, las reglas de privacidad de HIPAA le dan a las personas el derecho a solicitar una restricción en la utilización y divulgación de su información de salud protegida (protected health information, PHI). Esta persona también tiene el derecho a solicitar que el o los comunicados confidenciales de PHI se hagan a través de métodos alternativos, como por ejemplo, mandar la correspondencia a la oficina de esta persona en vez de a su casa.

Deseo que se me comunique de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

☐ Número de Teléfono Preferido _____ ☐ Dejar un mensaje con información detallada

☐ Número de Teléfono Secundario _____ ☐ Dejar un mensaje con información detallada

INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN CONFORME A HIPAA

Al llenar el presente, autoriza para que un persona tercero, además de usted, tenga acceso a los horarios de las citas programadas de su hijo, resultados de las pruebas e información general acerca de la salud de este.

Divulgar a:

☐ Abuelo/a Nombre: _____ Inicial _____
☐ Tío/Tía Nombre: _____ Inicial _____
☐ Otro Nombre: _____ Inicial _____

Agregue toda instrucción especial con relación a la divulgación de su información médica (como ser: miembro específico de la familia o representante):

_____

Al firmar a abajo, autorizo PCA a través de proveedores o directamente a ponerse en contacto conmigo por mensaje de texto SMS o correo electrónico para servirme mejor. PCA me enviará mensajes por texto SMS o correos electrónicos a través de los socios de alcance de PCA para ayudarme a mí o a los miembros de mi familia a proporcionar comentarios, recordarme de citas y permanecer mejor conectado con la práctica. Entiendo que las tarifas de mensajes/datos pueden aplicarse a los mensajes enviados a través de PCA a mi teléfono celular. Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a PCA a enviarme mensajes de texto como parte de este programa. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones de PCA en cualquier momento llamando a PCA al (877-430-7337)

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, indique su relación: _____

Plan de Asociación de Pacientes

Estimado paciente,

Bienvenido a nuestra consulta. Asegurarnos del bienestar cardiovascular de nuestros pacientes y sus familias ha sido la misión de PCA durante 30 años. Todos los días no esforzamos en proporcionarle con el cuidado de más alta calidad que usted espera y se merece. El proporcionar el **mejor cuidado posible** requiere una "sociedad" entre usted y su médico. Para embarcarnos en esta "sociedad para su salud" le solicitamos su ayuda y que esté de acuerdo con lo siguiente. Puede que esta no sea una lista exhaustiva pero remarca lagunas áreas clave.

1. Cumpla con sus citas de consulta, seguimiento o de exámenes.
Entiendo que las citas de consulta, seguimiento o de exámenes son muy importantes para iniciar y/o ejecutar mi plan de tratamiento. En el transcurso de estas citas, mi médico puede ordenar exámenes, revisar mi plan de salud, recetar medicamentos o incluso descubrir y tratar una condición grave de salud. Si no me presento a la cita, o la pierdo y no la reprogramo, corro el riesgo de que mi médico no detecte y trate una condición grave de salud.

Además, entiendo que perder o no presentarme a una cita causa dificultades considerables a mi médico y no es justo para otros pacientes que quieren acceder a los servicios de cardiología en la consulta de mi médico. Daré todo mi esfuerzo para notificar a mi médico, su enfermero/a o su equipo de programación con un mínimo de **48** horas de anticipación de la cancelación de mi cita y reprogamar las citas a las que falté lo antes posible.

Si no puede llegar a su cita a causa de una emergencia *genuina*, no se le cobrará ningún cargo de cancelación, siempre y cuando proporciones documentación o evidencia de la emergencia. En cualquier otra circunstancia se le cobrará una "**tarifa de $50.00 por cancelación o por no presentarse**", sin excepción, por faltar a una cita que no haya sido cancelada con **48** horas de antelación.

2. Póngase en contacto con el consultorio del médico cuando no sepa de los resultados de laboratorio y otros exámenes.
Entiendo que el objetivo de mi médico es informarme de los resultados del laboratorio y los exámenes tan pronto como sea posible. Sin embargo, si no me entero de nada por parte del consultorio de mi médico dentro del tiempo acordado, llamaré al consultorio por los resultados de mis exámenes. Si mi información de contacto ha cambiado notificaré a PCA de mi nueva información.

3. Informaré a mi médico si decido *no* seguir su plan de tratamiento recomendado.
Entiendo que luego de examinarme, mi médico puede hacer ciertas recomendaciones basadas en lo que siente que es lo mejor para mi salud. Esto puede incluir recetar medicamentos, ordenar exámenes, realizar procedimientos, derivarme a otros especialistas, ordenar pruebas de laboratorio o incluso solicitarme que vuelva al consultorio dentro de determinado tiempo. Entiendo que *no* seguir el plan de tratamiento es mi derecho pero puede tener graves efectos negativos en mi salud. Le haré saber a mi médico si decido no seguir sus recomendaciones así puede informarme detalladamente de cualquier riesgo asociado a mi decisión de demorar o rechazar el tratamiento.

Gracias por ser socio. Como nuestro paciente, tiene derecho a ser informado sobre el cuidado de su salud. Le invitamos **en cualquier momento** a hacer preguntas, informar síntomas o discutir cualquier preocupación que pueda tener. Si necesita más información sobre su salud o condición, pregunte. Estamos aquí para asistirlo a mejorar y que lleve una vida activa y saludable.

_____ _____
Nombre del paciente (imprenta) Fecha

_____
Firma del paciente/padre/tutor:

PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización permite al/los proveedor/es de atención médica enumerados a continuación a divulgar información médica y registros confidenciales. Nota: La *información y los registros sobre el tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/mentales o abuso de alcohol/sustancias tienen reglas especiales que requieren una autorización específica.*

AUTORIZACIÓN

Mediante la presente autorizo a: _____
Nombre y dirección del proveedor de atención médica

A divulgar información sobre mi historia clínica, enfermedades o lesiones, consultas, recetas, tratamientos, diagnósticos o pronósticos, incluyendo radiografías, correspondencia y/o registros médicos enviados por correo, fax u otros medios electrónicos.

Para: _____
Nombre

_____
Dirección Ciudad Estado Código postal

_____
Fax Correo electrónico

La información/registros médicos se utilizarán con el siguiente fin: _____

Esta autorización es:
[ ] Ilimitada (todos los registros, excepto abuso de sustancias, salud mental, tratamiento/diagnóstico de VIH)
[ ] Limitada a la siguiente información médica: _____

También doy mi consentimiento para la divulgación de los siguientes registros:

Abuso de drogas/alcohol/sustancias _____ (inicial)
Psiquiatría/salud mental _____ (inicial)
Información genética _____ (inicial)
Pruebas de anticuerpos contra el VIH_____ (inicial)
Diagnóstico/tratamiento de VIH _____ (inicial)

DURACIÓN (no puede exceder más de 2 años)
Esta autorización será efectiva de manera inmediata y permanecerá en efecto hasta_____
Fecha

RESTRICCIONES

No se permiten permisos adicionales para la utilización o divulgación de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación sea específicamente exigida o permitida por la ley.

Se considerará efectiva y válida como el original una fotocopia o facsímil de esta autorización.

Se me ha informado del derecho a recibir una copia de esta autorización.

_____ _____
Firma del paciente o *representante legal/personal* Relación *si no es el paciente*

_____ _____
Nombre del paciente (EN IMPRENTA) Fecha

_____ _____
Número de seguro social del paciente Fecha de nacimiento del paciente

_____ _____
Nombre del testigo (imprenta) Firma del testigo

PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

♥ ANTECEDENTES DE SALUD CARDIOVASCULAR DE PACIENTE (PROPIA) ♥
CONFIDENCIAL

Nombre: _____Fecha de nacimiento_____
Nombre Apellido IM

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Nombre Padre: _____

Ocupación actual o de la que se jubiló de Padres: _____Estado civil de Padres: _____

Contacto elegido Número: _____

Síntomas médicos actuales / dolencias:
_____
_____

Lista de alergias (medicamentos, alimentos, etc.):
_____
_____

Enumere todos los medicamentos (incluya las dosis y la forma en que se toman)

MEDICAMENTO	DOSIS	CÓMO/CUÁNDO SE TOMAN

ENUMERE LAS OPERACIONES MÉDICAS Y LAS FECHAS
1.
2.
3.
4.
5.

ANTECEDENTES FAMILIARES:
Si tiene familiares vivos, enumere sus problemas de salud y las edades. Si han fallecido, escriba la edad y la causa de la muerte.

MADRE	FALLECIDO	HERMANAS	FALLECIDO	HERMANOS	FALLECIDO
PADRE	FALLECIDO				

Si tiene familiares cercanos con antecedentes de enfermedad cardíaca, colesterol alto, presión arterial alta, accidente cerebro vascular, diabetes, cáncer, etc., indique su relación, la condición médica específica y su edad:
_____
_____
_____

PADRES ANTECEDENTES SOCIALES:
•¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cuántos por día? _____
•¿Alguna vez a fumado? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿por cuántos años? _____
•Si dejó de fumar, ¿hace cuánto? _____ ¿A qué edad comenzó? _____

• Para su hijo/a, indique qué clase de ejercicios, la frecuencia y la duración (por ej., camina 3 veces a la semana durante 20 minutos):

_____

•¿Su hijo/a Sigue alguna dieta especial? ☐ Sí ☐ No ☐ Baja en sal ☐ Baja en grasas ☐ Baja en colesterol

Otra:

_____

•¿Utiliza o ha utilizado drogas para la pérdida de peso, recetadas o no recetadas? ☐ Sí ☐ No

PACIENTE FACTORES DE RIESGO (marque todos los que correspondan):

•Si es una mujer, ¿sigue menstruando? ☐ Sí ☐ No
•¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No
•Si la respuesta es no, ¿sigue utilizando anticonceptivos? ☐ Sí ☐ No

Fecha de la última radiografía de pecho: _____

Fecha del último electrocardiograma: _____

PACIENTE REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:

•Dolor de pecho en reposo	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Dolor de pecho al ejercitar	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Palpitaciones (el corazón late fuertemente, acelerado)	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Falta de aliento a la noche / al estar acostado	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
☐ En reposo	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
☐ Al ejercitar	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Dolor de la pantorrilla / pierna al caminar	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Fiebre reumática	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Cardiopatía reumática	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Soplo cardíaco	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Hinchazón de los pies o tobillos (edema)	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Mareos	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Desmayos	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzaron: _____
•Tos con o sin expectoración	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Náusea / Vómitos	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzaron: _____
•Heces con sangre o negras	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Hepatitis o ictericia	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Moretones o sangrado fácil	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Trastorno de las tiroides	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Enfermedad pulmonar	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Enfermedad del riñón	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Jaquecas	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Calambres en las piernas	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Trastorno neurológico	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____
•Cáncer	☐ Sí	☐ No	Fecha en que lo diagnosticaron_____Tipo_____
•Trastorno hemorrágico	☐ Sí	☐ No	Fecha en que comenzó: _____

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Funcionario de Privacidad: Alison Ruggio, MPA, Gerente de Administración, **Teléfono (877) 430-7337**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA. LEA DETENIDAMENTE.

Nosotros entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Mantenemos un registro de los cuidados médicos que proporcionamos, y también podemos recibir registros por parte de terceros. Utilizamos estos registros para proporcionar o para permitir que otros proveedores de la salud proporcionen atención médica de calidad; para obtener pagos por los servicios que le prestamos según lo permita el plan de salud; y para permitirnos cumplir nuestras obligaciones profesionales y legales a fin de poder operar nuestra práctica médica como es debido. Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de la información protegida de la salud y de proporcionar a las personas una notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de la privacidad con respecto a la información protegida de la salud. Este aviso detalla cómo podríamos utilizar y divulgar su información médica. También detalla sus derechos y obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, sírvase contactar nuestro Funcionario de Privacidad cuya información aparece al comienzo.

A. Cómo puede Pacific Cardiovascular Associates Medical Group, Inc. (PCA) utilizar o divulgar su información de la salud

PCA reúne información sobre su salud y la almacena en un expediente y en una computadora. Éste es su expediente médico. El expediente médico es propiedad de PCA, pero la información dentro del mismo le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Utilizamos su información médica para proporcionarle tratamiento médico. Divulgamos la información médica a nuestros empleados y personas involucradas en proporcionarle el cuidado que usted necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos o proveedores de salud quienes le proporcionarán servicios que nosotros no prestamos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para dispensarle una receta; o a un laboratorio para que le realice una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia o a otras personas que puedan ayudarle cuando esté enfermo o lesionado.

2. Pago. Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener pago por servicios prestados. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información necesaria para recibir nuestro pago. También podemos divulgar información a otros proveedores de salud para ayudarlos a obtener el pago por servicios que le hayan prestado.

3. Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información médica para operar nuestras prácticas médicas. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad o la competencia del servicio que prestamos y las calificaciones de nuestro personal profesional. O podemos utilizar y divulgar esta información para hacer que su plan de salud autorice servicios o derivaciones. También podemos utilizar y divulgar esta información, según sea necesario, para revisiones médicas, servicios y auditorías legales, incluyendo los programas exigidos por el gobierno federal de detección y cumplimiento de fraude y abuso, así como también para la planificación y administración de negocios. También podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales." Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos socios comerciales con condiciones que los insta a proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica. Aunque la ley federal no protege la información de la salud que es divulgada a alguien que no sea un profesional de la salud, plan de salud, centro de información de la salud o uno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe a todos los destinatarios de esta información que la continúen divulgando, excepto cuando sea requerido o permitido por la ley. También podemos compartir su información con otros profesionales de la salud, centros de información de la salud o planes de salud que estén relacionados con usted, cuando éstos soliciten información para ayudarlos con sus evaluación de calidad y actividades de mejoramiento, sus actividades de seguridad para pacientes, sus esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir el costo de la atención médica, el desarrollo de protocolo, la administración de casos o coordinación de actividades, su revisión de capacidad, calificaciones y rendimiento de los profesionales de la salud, sus programas de entrenamiento, sus actividades de acreditación, certificación o de licencias, sus actividades relacionadas a contratos de seguros o beneficios de salud o sus esfuerzos para la detección y cumplimiento de fraude y abuso. ***También podemos compartir su información médica con otros proveedores de salud, centros de información de la salud y planes de salud que participan con nosotros en "arreglos organizados para el cuidado de la salud" (organized health care arrangements, OHCAs) para cualquier operación de atención médica de los OHCA. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones médicas, planes de salud y otros organismos que proporcionan servicios de salud en conjunto. El Funcionario de Privacidad pone a su disposición un listado de los OHCA en los que participamos.***

4. Recordatorios de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle sus citas. Si no está en su casa, podemos dejar esta información en su máquina contestadora o dejar un mensaje con la persona que atienda el teléfono.

5. Hoja de registro. Podemos usar o divulgar su información médica al hacerle registrarse al momento de llegar a nuestra oficina. También podemos llamarlo por su nombre cuando sea su turno.

6. Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar su ubicación, su condición general o, a no ser que haya indicado lo contrario, en el caso de su muerte, a un familiar, al personal que lo representa u otra persona responsable por su cuidado. En el caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de socorro para que puedan coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado con su cuidado o que ayuda a pagar por el mismo. Si usted tiene la capacidad y la disponibilidad para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de objetar antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos divulgar esta información en caso de emergencia o en un desastre, incluso por sobre su objeción, si creemos que es necesario responder a circunstancias de emergencia. Si no tiene la capacidad o la disponibilidad de aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud utilizarán su mejor criterio en la comunicación con la familia y con las otras partes responsables interesadas.

7. Comercialización. Dado el caso que no recibamos ningún pago por hacer estas comunicaciones, podemos ponernos en contacto con usted para animarle a comprar o utilizar productos o servicios relacionados a su tratamiento, a la administración del caso o a la coordinación de la atención, o para señalar o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o poner en marcha atención que pueda ser de su interés. De la misma manera podemos describir productos o servicios proporcionados por nuestra práctica y decirle en qué planes de salud participamos. Podemos recordarle que tome y vuelva a llenar sus medicamentos o también contarle sobre una droga o biología que está recetada para usted, pero solo si: (1) tiene una condición crónica y gravemente debilitante o potencialmente mortal y la razón para comunicarnos con usted es la de informarle y aconsejarle sobre las opciones de tratamiento o, de la misma manera, mantener la adherencia a un tratamiento prescrito, o (2) está actualmente inscrito en un plan de salud y nos comunicamos con usted solo para informar sobre la disponibilidad de productos farmacéuticos más rentables. Si al momento de efectuar la comunicación tiene una condición crónica y gravemente debilitante o potencialmente mortal o para la prevención de enfermedad, proporcionaremos notificación de lo siguiente en tipografía de al menos 14 puntos: (1) el hecho y origen de la remuneración, si la hubiere; y (2) su derecho a optar por no recibir comunicaciones remuneradas llamando a nuestro número de teléfono: **(877) 430-7337**. De otra manera, no vamos a utilizar ni divulgar su información médica con fines de comercialización sin su autorización por escrito.

8. Obligado por la ley. Como lo requiere la ley, utilizaremos y divulgaremos su información de salud, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a las obligaciones legales pertinentes. Cuando la ley requiera que reportemos abuso, negligencia, violencia doméstica, incompetencia, que respondamos a procesos administrativos o judiciales o que respondamos ante oficiales de la policía, acataremos las obligaciones que se establecen a continuación en relación con estas actividades.

9. Salud pública. Podemos, y a veces nos vemos obligados por la ley, divulgar su información de salud a las autoridades de la salud pública a fines de: la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidad; reportar el abuso o la negligencia infantil, al adulto mayor o al adulto dependiente; reportar violencia doméstica; reportar problemas con productos y reacciones a medicamentos a la Administración de Alimentos y Drogas; y reportar la exposición a enfermedades e infecciones. Estamos obligado por la ley a notificar al DMV (Departamento de Automotores) si creemos que conducir supone un riesgo para usted y para terceros. Cuando reportamos sospechas de abuso de ancianos o adultos dependientes o violencia doméstica, le informaremos con prontitud a usted o a su representante personal a menos que, en nuestro criterio profesional, creamos que al informarle lo coloquemos en riesgo de daños graves o que nos veamos obligados a informar al representante personal al que creemos responsable del abuso o daño.

10. Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces nos vemos obligados por la ley, divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud en el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos, sujetos a las limitaciones impuestas por la ley federal y de California.

11. Procedimientos administrativos y judiciales. Podemos, y a veces nos vemos obligados por la ley, divulgar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que esté expresamente autorizado por una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han realizado esfuerzos razonables para notificarle del pedido y usted no se ha opuesto, o si sus objeciones han sido resueltas por una orden judicial o administrativa.

12. Fuerzas del orden. Podemos, y a veces nos vemos obligados por la ley, divulgar su información de salud a un oficial de policía a fines de identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, acatar una orden judicial, orden de búsqueda, citación del gran jurado y otros fines policiales.

13. Médicos forenses. Podemos, y a veces nos vemos obligados por la ley, divulgar su información de salud a médicos forenses en relación a sus investigaciones sobre muertes.

14. Donación de órganos y tejidos. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones que participan en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.

15. Seguridad pública. Podemos, y a veces nos vemos obligados por la ley, divulgar su información de salud a las personas o agencias competentes a fines de prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o del público en general.

16. Comprobante de vacunación. Divulgaremos el comprobante de vacunación a una escuela donde la ley requiera que la misma tenga dicha información antes de admitir a un estudiante, si es que usted ha aceptado la divulgación en su nombre o en el de su dependiente.

17. Funciones especializadas del gobierno. Podemos divulgar su información de salud para fines de seguridad militar o nacional o a instituciones correccionales o agentes de policía que lo mantienen en custodia legal.

18. Compensación de trabajadores. Podemos divulgar su información de salud según fuera necesario para acatar las leyes de compensación de trabajadores. Por ejemplo, en la medida que su atención esté cubierta por la compensación de trabajadores, haremos informes periódicos a su empleador acerca de su condición. También nos vemos obligados por la ley a informar los casos de lesiones o enfermedades ocupacionales al empleador o a la aseguradora de compensación de trabajadores.

19. Cambio de dueños. En el caso de que se reestructure, venda o mancomune nuestra práctica médica con otra organización, su información/registro de salud pasará a ser propiedad del nuevo dueño, aunque mantendrá el derecho de solicitar que las copias de su información de salud se transfieran a otro médico o grupo médico.

20. Aviso de violación de la seguridad. En el caso de violación de información de salud protegida no asegurada, le notificaremos según lo exige la ley. En ciertas circunstancias la notificación puede ser proporcionada por nuestro "socio comercial". También podemos proporcionar la notificación por otros medios, según sea apropiado.

21. Notas de psicoterapia. No utilizaremos o divulgaremos las notas de psicoterapia sin su autorización previa por escrito, excepto en las siguientes circunstancias: (1) su tratamiento, (2) para la capacitación del personal, estudiantes y otros aprendices, (3) para defendernos en caso de que nos demande o presente otro proceso legal, (4) si la ley nos exige que le divulguemos la información a usted o al Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) o por alguna otra razón, (5) en respuesta a las actividades de supervisión de la salud con respecto a su psicoterapeuta, (6) para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad o (7) al médico forense o examinador médico luego de su muerte. En la medida que usted revoque una autorización para utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia, dejaremos de utilizar o divulgar las mismas.

22. Investigación. Podemos divulgar su información de salud a investigadores que estén llevando a cabo una investigación, para lo cual no se necesita su autorización por escrito, si fue aprobado por una junta de revisión institucional o una junta de privacidad, de acuerdo con la ley vigente.

B. Cuándo PCA no puede utilizar o divulgar su información de salud

Con la excepción de lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad, PCA, en consonancia con sus obligaciones legales, no utilizará ni divulgará información médica que lo identifique sin su autorización por escrito. Si autoriza a PCA a utilizar o divulgar su información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Sus derechos de información de la salud

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Tiene el derecho a solicitar restricciones para ciertos usos y divulgaciones de su información de la salud por medio de una solicitud por escrito en la que especifique qué información quiere limitar, y qué limitaciones quiere imponer en nuestro uso o divulgación de la misma. Si nos pide que no divulguemos información a su plan de salud comercial con respecto a elementos o servicios del cuidado de la salud que usted pagó en su totalidad de su propio bolsillo, respetaremos 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 de nuestra decisión.

2. Derecho a solicitar comunicados confidenciales. Tiene el derecho de solicitar recibir su información de salud de una manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la información a su dirección laboral. Cumpliremos con todos los pedidos razonables que sean presentados por escrito que detallen cómo o dónde desea recibir estos comunicados.

3. Derecho a examinar y copiar. Tiene el derecho a examinar y copiar su información de salud, con pocas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud por escrito que detalle a qué información quiere acceder, si quiere examinarla u obtener una copia; y si quiere una copia, el formato y forma de su preferencia. Le proporcionaremos las copias en el formato y forma solicitado si es fácil de obtener, o se la proporcionaremos con un formato alternativo que usted encuentre aceptable, o, si no podemos ponernos de acuerdo y nosotros tenemos su información en formato electrónico, le proporcionaremos la elección de formato electrónico o papel que haya elegido. También podemos enviarle una copia a otra persona que usted haya designado por escrito. Le cobraremos una tarifa razonable que cubre nuestros costos por el mano de obra, suministros, franqueo, y si ha sido solicitado y acordado de antemano, el costo por preparar una explicación o resumen, tal como lo permite la ley federal y de California. Podemos negarnos a su solicitud bajo ciertas circunstancias. Si le negamos su solicitud para acceder a los registros de sus hijos o a los registros de un adulto incapacitado a quien usted representa porque creemos que si le permitimos el acceso existe una posibilidad razonable de causar un daño sustancial al paciente, tendrá el derecho a apelar nuestra decisión. Si le negamos su solicitud para acceder a sus notas de psicoterapia, tendrá el derecho de hacerlas transferir a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a modificar o completar. Tiene el derecho a solicitar que PCA modifique la información de la salud que crea que está incorrecta o incompleta. La solicitud para modificar debe hacerse por escrito, e incluir las razones por las que cree que la información es incorrecta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su información de la salud, y le proporcionaremos información sobre la negativa de PCA y sobre cómo puede estar en desacuerdo con la negativa. Podemos negar su solicitud si no tenemos la información, si no hemos creado la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la modificación), si no se le permitiera inspeccionar o copiar la información en cuestión o la información es exacta y completa tal como se encuentra. Si negamos su solicitud, puede presentar una declaración por escrito de su discrepancia con la decisión, y nosotros podemos, a su vez, preparar un refutación por escrito. También tiene el derecho de solicitar que agreguemos a su registro una declaración de hasta 250 palabras abordando cualquier tema en su registro que usted considere incompleto o incorrecto. Toda información relacionada con cualquier solicitud de modificar o completar se mantendrá y divulgará en conjunto con cualquier divulgación posterior de la información en disputa.

5. Derecho a un informe de las divulgaciones. Tiene el derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud que ha hecho PCA, excepto que PCA no tenga que informarle de las divulgaciones proporcionadas a usted conforme a su autorización por escrito, o como descrito en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 17 (funciones especializadas del gobierno) de la sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad o divulgaciones para propósitos de investigación o salud pública que excluyen identificadores directos de los pacientes, o que son accesorios al uso y la divulgación que de otra manera son permitidos o autorizados por la ley, o las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o a un oficial de policía en la medida que PCA haya recibido notificación por parte de la agencia u oficial que al proporcionarle este informe sería razonable esperar que impida sus actividades.

6. Derecho a aviso. Tiene el derecho a recibir aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, incluyendo el derecho de recibir una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si quisiera obtener una explicación más detallada de estos derechos, o si quisiera ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con el funcionario de privacidad, cuya información aparece al comienzo de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

D. Cambios en este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar nuestro prácticas de privacidad y los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se haga tal modificación, estamos obligados por la ley a cumplir con este aviso. Una vez que se haga la modificación, la Notificación de Prácticas de Seguridad modificada será aplicable a toda la información de salud que tenemos, sin importar cuándo fue creada u obtenida. Mantendremos una copia del aviso vigente publicado en nuestra área de recepción y habrá una copia disponible en cada cita. **También publicaremos el aviso vigente en nuestro sitio web**.

E. Quejas

Las quejas sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad o sobre cómo manejamos su información de salud deben dirigirse al funcionario de privacidad cuya información aparece al comienzo de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si no está satisfecho con la manera en la que esta oficina maneja una queja, puede presentar una queja formal a:

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
OCRMail@hhs.gov

Puede encontrar el formulario de queja en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf. No se le penalizará en manera alguna por llenar un formulario.