



NEW HOPE

cancer and research institute - a medical corporation
www.newhopecancerinstitute.com

Información de Paciente			
Primer Nombre y Apellido		SS#	
Direccion		Ciudad, Estado	Numero Postal
Telefono (Casa)	Telefono (Celular)	Telefono (Trabajo)	Estado Civil S / C / D / V
Fecha de Nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Preferencia de contacto: <input type="checkbox"/> Telefono (Casa) <input type="checkbox"/> Telefono (Celular) <input type="checkbox"/> Telefono (Trabajo)			
*Su selection nos da permiso para contactarlo.			
Nombre de su Empleo			
Contacto de Emergencia		Relacion	Telefono
¿Cómo se enteró usted de nuestra oficina?			
Responsabilidad Financiera			
La persona responsable de la Cuenta		Relacion al paciente	
Direccion(si es diferente)		Ciudad, Estado	Numero Postal
Telefono (Casa)	Telefono (Celular)	Telefono (Trabajo)	Empleo
Fecha de Nacimiento	Seguro Social	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Seguro Primario			
Nombre de la compania de Seguros		Telefono de su seguro	
Direccion de la compania de seguros		Ciudad, Estado	Numero Postal
Nombre del Asegurado		Numero de identificacion	Numero de Grupo
Fecha de Nacimiento		Seguro Social	
Seguro Secundario			
Nombre de la compania de Seguros		Telefono de su seguro	
Direccion de la compania de seguros		Ciudad, Estado	Numero Postal
Nombre del Asegurado		Numero de identificacion	Numero de Grupo
Fecha de Nacimiento		Seguro Social	
Consentimiento de Tratamiento			
<input type="checkbox"/> Soy el paciente o <input type="checkbox"/> Soy el padre/guardián del paciente o <input type="checkbox"/> Otra Relación _____			
Yo autorizo tal cuidado médico, tratamiento o pruebas de diagnóstico como puede ser recomendado y entiendo que no hay garantía o garantía de resultado ni curación. Este se quedará vigente hasta que retire mi consentimiento por escrito.			
La firma de Paciente/Padre/Guardián:			Fecha:



NEW HOPE

cancer and research institute - a medical corporation
www.newhopecancerinstitute.com

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Asignación de Beneficios de Seguro.

El abajo firmante, asignar los beneficios pagaderos por me bajo los términos de cualquier póliza de seguro o políticas que puedan cubrir los servicios profesionales y técnicos, a pagarse directamente a New Hope Cancer and Reseach Institute.

Liberación de Información.

Los abajo firmantes, autoriza la divulgación de la información, que no sean notas de psicoterapia, necesarios para actuar en esta solicitud.

Acuerdo Financiero.

El abajo firmante se compromete, si él o ella firma como un agente o un paciente, que en consideración de los servicios a ser prestados al paciente, he.she queda individualmente obligado a pagar la cuenta de New Hope Cancer and Research Institute, con las tarifas regulares y los términos de los mencionados, debe remitir la cuenta a un abogado para la colección, los abajo firmantes deberán pagar los gastos de cuota y colección del abogado en su totalidad. Todos los intereses de las cuentas morosas a precio legal.

Pago de Beneficios de Medicare al Proveedor.

Le solicito que el pago de beneficios de medicare autorizado hacerse tanto a mí y a mi nombre a New Hope Cancer and Research Institute, para los servicios proporcionados por que me médico/proveedor, me autorice cualquier titular de información médica acerca de mí para liberar a la Administración para el financiamiento de atención médica y su agente toda la información necesaria para determinar los beneficios o el pago de las prestaciones de servicios relacionados.

Autorización para Asignar Beneficios, y Aceptar la Responsabilidad Financiera por mi Cuenta:

Puedo asignar y autorizar los pagos de seguros a New Hope Cancer and Research Institute. Yo entiendo mi compañía de seguros no podrán aprobar y reembolsar mis servicios médicos en su totalidad debido a las tasas habituales inusual y, beneficio exclusiones, límites de cobertura, la falta de autorización, o médicos necesarios. Yo entiendo mi compañía de seguros no podrán aprobar y reembolsar mis servicios médicos genéticos en su totalidad debido a las tasas habituales inusual y, beneficio exclusiones, límites de cobertura, la falta de autorización, o médicos necesarios. Entiendo yo soy el responsable de los honorarios no pagado en su totalidad, co-pagos, deducibles de la póliza, y salvo que mi responsabilidad está limitada por contrato o estado o ley federal. Un duplicado o por fax copia de esta autorización es considerada como documento original.

EL ABAJO FIRMANTE ACEPTA TODAS LAS CONDICIONES ANTERIORES.

Firma: _____ Fecha: _____



NEW HOPE

cancer and research institute - a medical corporation
www.newhopecancerinstitute.com

ADVANSADO QUESTIONARIO DIRECTIVO

1. Ha Usted formulado un Advansado Directivo Si _____ No _____
2. Si, Usted ha formulado un Advansado Directivo, favor de chequear el tipo.
 - a. Durable poder de abogado para su salud: _____
 - b. Acto de California de muerte natural. _____
 - c. Testamento de cuidados de salud mientras vive. _____
 - d. Otro _____
3. Si, usted ha formulado un advansado directivo, usted de acuerdo de prover ha _____ con una copia en _____ días.
4. Si usted ha hecho cambios, agregaciones, altera o cancela el advansado directivo, Usted esta de acuerdo de notificar ha _____ y proverle _____ con una copia lo mas pronto possible ha su doctor para Que cumpla con sus deseos.
5. Fecha de expiracion, si la tiene, _____ (Si el Advansado Directivo fue, fumulado antes de 1991, solamente es Buena para siete anos. Advansado Directivo furmulado despues del 1991, is indefinitivamente Buena: pero no si ha hecho cambios, agregaciones, o cancelado el Advansado Directivo.)
6. Me gustaria mas Informacio sobre el Advansado Directivo. Si _____ No _____

Firma de Paciente _____ Fecha _____

Nombre de Pacient _____



NEW HOPE

cancer and research institute - a medical corporation
www.newhopecancerinstitute.com

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

I. INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente:		
Fecha de Nacimiento:	Número de seguro social:	
Dirección:		
Telefono (Trabajo)	Telefono (Casa)	Telefono (Celular)
Mi médico familiar es:		

II. INFORMACION PARA SER REVELADA:

Yo _____ autorizo revelar mi información de salud por fechas de servicio:

_____:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente entero | <input type="checkbox"/> Todos los historiales médicos electrónicos |
| <input type="checkbox"/> El historial médico | <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Historial y Físico(s) | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología y imágenes |
| <input type="checkbox"/> Reporte(s) operativos | <input type="checkbox"/> Reportes de patología |
| <input type="checkbox"/> Resumen de descargue | <input type="checkbox"/> Resultados de otras pruebas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fotos o Imágenes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Entiendo que hay información que puede ser revelado. Según esta forma de autorización puede incluir información que relaciona al Virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), o Síndrome Adquirido de Inmunodeficiencia (SIDA); tratamiento o historia de abuso de droga o alcohol; o la salud mental o cuidado psiquiátrico.

III. LA INFORMACION ES DE SER REVELADA DESDE O HACIA:

Revele a:	Revele de:
New Hope Cancer & Research Institute	
909-620-5502 Teléfono de oficina	
909-629-0552 Numero de fax	
626-914-5639 Numero de fax	

IV. EL PROPOSITO DE EL USO PARA LA REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA:

V. Autorizo revelar información de salud como escrito arriba. Entiendo que:

- Esta autorización es válida durante 180 días a menos que de otro modo indicado aquí: _____.
- Una fotocopia o el fax de esta autorización es válida como la original.
- Si revoco esta autorización, la revocación no aplicará a la información que ya ha sido enviada antes que la revocación fuera recibida.

La firma de Paciente o Representante Calificado de Personal *

Fecha

* Si firmado por un Representante Calificado de Personal, el siguiente debe ser completado

El nombre del Representante Calificado de Personal: _____

La Autoridad legal de la actuación de la Documentación para Actuar a favor del Paciente: _____



NEW HOPE

cancer and research institute - a medical corporation
www.newhopecancerinstitute.com

Bienvenido a nuestra clínica. Por favor, ayúdenos a completar su documentación. Si tiene alguna pregunta sobre este documento, no dude en preguntar al personal de la oficina, al la enfermera o al médico.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Medicamentos y dosis:

Con receta	1	_____	6	_____
	2	_____	7	_____
	3	_____	8	_____
	4	_____	9	_____
	5	_____	10	_____
Sin receta	1	_____	3	_____
	2	_____	4	_____

¿Tiene alergias?

Medicamentos	1	_____	3	_____
	2	_____	4	_____

Alergias a comidas u otras sustancias _____

Historia medica

	Si	No		Si	No
Alcoholismo	_____	_____	Hepatitis	_____	_____
Anemia	_____	_____	Hipertensión	_____	_____
Artritis	_____	_____	Enfermedad del riñón	_____	_____
Asma	_____	_____	Enfermedad del hígado	_____	_____
Problemas do sangrado	_____	_____	Enfermedad pulmonar	_____	_____
Coágulos	_____	_____	Enfermedad mental	_____	_____
Transfusiones de sangre	_____	_____	Migrañas	_____	_____
Cáncer	_____	_____	Descalcificación en huesos	_____	_____
Colesterol elevado	_____	_____	Neumonía o pulmonía	_____	_____
Depresión	_____	_____	Epilepsia o convulsiones	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Trombosis en el cerebro	_____	_____
Abuso de drogas	_____	_____	Problemas de tiroides	_____	_____
Piedras en la vesícula	_____	_____	Tuberculosis	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	Úlceras de estomago	_____	_____
Enfermedad del corazón	_____	_____	Otras enfermedades	_____	_____

Enfermedades de la infancia

	Si	No		Si	No
Sarampión (chicken pox)	_____	_____	Tos ferina (Whooping cough)	_____	_____
Rubéola (measels)	_____	_____	Escarlatina (scarlet fever)	_____	_____
Paperas (mumps)	_____	_____	Fiebre reumática	_____	_____

Biopsias y cirugías pasadas (por favor, incluya la fecha)

1 _____ 3 _____
2 _____ 4 _____

Hospitalizaciones (por favor, incluya la fecha)

1 _____ 3 _____
2 _____ 4 _____

Historia ginecológica

Numero do: embarazos _____ Nacimientos _____ Pérdidas de embarazo _____ abortos _____
Edad cuando vino el primer período _____ Edad cuando vino la menopausia _____
¿Hace exámenes de los senos mensualmente? Si _____ No _____

Por favor, indique si alguna vez ha tenido lo siguiente:

	Si	No		Si	No
Mamografía anormal	_____	_____	Tratamiento hormonal	_____	_____
Papanicolau anormal	_____	_____	Pastillas anticonceptivas	_____	_____
Dietil-etil-bestrol (DES)	_____	_____	Enfermedad de transmisión sexual	_____	_____
Endometriosis	_____	_____	Enfermedad inflamatoria pélvica	_____	_____
Histerectomía	_____	_____	Miomas en el útero	_____	_____

Estilo de vida

Profesión _____

¿Ha estado expuesto a lo siguiente?

	Si	No		Si	No
Asbestos	_____	_____	Radiación	_____	_____
Humo/fumador pasivo	_____	_____	Substancias químicas	_____	_____

Tabaco:

¿Ha fumado alguna vez? _____
Si ha dicho que sí, ¿a que edad empezó? _____
¿cuántos paquetes diarios? _____
¿dejó de fumar? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

Alcohol:

Número de bebidas en una semana normal _____

Bebida alcohólica preferida (o preferidas) _____

Cafeína:

Número de tazas de café u otras bebidas con cafeína diarias _____

	Si	No		Si	No
¿Utiliza drogas?	_____	_____	¿Usa protector solar?	_____	_____
¿Hace ejercicio regularmente?	_____	_____	¿Usa cinturón de Seguridad?	_____	_____

Historia de la familia:

Por favor, indique edad y estado de salud:

Padre _____ Madre _____
 Hermanos _____
 Hermanas _____
 Hijos _____
 Hijas _____
 Abuelos _____
 Abuelas _____

Por favor, indique si algún pariente tiene alguna de las siguientes condiciones. Si responde afirmativamente, escriba el parentesco (por ejemplo, tía materna):

	Si	No	Parentesco		Si	No	Parentesco
Alcoholismo	_____	_____	_____	Leucemia	_____	_____	_____
Anemia	_____	_____	_____	Enferm. del hígado	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____	Cáncer de pulmón	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	Excesivo sangrado	_____	_____	_____
Linfoma	_____	_____	_____	Cáncer del seno	_____	_____	_____
Melanoma	_____	_____	_____	Enfermedad mental	_____	_____	_____
Migrañas	_____	_____	_____	Cáncer de colon	_____	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____	_____	Colesterol elevado	_____	_____	_____
Depresión	_____	_____	_____	Cáncer de ovario	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	Cáncer de próstata	_____	_____	_____
Hepatitis	_____	_____	_____	Enferm. del corazón	_____	_____	_____
Trombosis	_____	_____	_____	Cáncer de piel	_____	_____	_____
Hipertensión	_____	_____	_____	Problemas de riñón	_____	_____	_____
Úlceras	_____	_____	_____	Enferm. De Hodgkin	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____	Otros	_____	_____	_____

Medicina preventiva:

Vacunas (por favor, indique fechas)

Gripe _____
 Hepatitis A _____
 Hepatitis B _____
 Sarampión (MMR) _____
 Neumococo (pneumonía) _____
 Tétano _____

Por favor, indique fecha del estudio más reciente:

Papanicolaou _____
 mamografía _____
 Sigmoidoscopia _____
 Examen de la vista _____
 Examen de la próstata _____
 Colesterol _____
 Prueba de la tuberculosis _____

Revisión de sistemas (por favor, indique si tiene los siguientes síntomas):

	Si	No		Si	No
General	_____	_____	Gastrointestinal	_____	_____
Pérdida de peso	_____	_____	Dificultad para tragar	_____	_____
Aumento de peso	_____	_____	Vómitos	_____	_____
Fiebres	_____	_____	Náusea	_____	_____
Sudores excisivos	_____	_____	Dolor abdominal	_____	_____
Nódulos linfáticos inflamados	_____	_____	Estreñimiento	_____	_____
Pérdida de apetito	_____	_____	Diarrea	_____	_____
Cansancio	_____	_____	Sangre en heces	_____	_____
			Hemorroides	_____	_____
Piel			Ictericia, cambio de color en la piel	_____	_____
Dermatitis	_____	_____			
Hematomas	_____	_____	Urinario	_____	_____
Cambios en un lunar	_____	_____	Sangre en la orina	_____	_____
			Dolor al orinar	_____	_____
Oftalmología			Pérdida involuntaria de orina	_____	_____
Vista borrosa	_____	_____			
Ojos rojos	_____	_____	Ginecológico		
Visión Doble	_____	_____	Aumento de secreción vaginal	_____	_____
Ceguera	_____	_____	Menstruaciones con mucho sangrado	_____	_____
Dolor de ojos	_____	_____	Sangrado entre periodos	_____	_____
Oídos			Musculoesquelético		
Sordera	_____	_____	Dolor o hinchazón articular	_____	_____
Líquido en los oídos	_____	_____	Dolor de espalda	_____	_____
Silbidos o sonidos anormales	_____	_____	Contracturas en las piernas	_____	_____
Nariz y garganta			Neurología		
Dolor de senos nasales	_____	_____	Dolores de cabeza	_____	_____
Ronquera	_____	_____	Debilidad muscular	_____	_____
Dolor de garganta	_____	_____	Desmayos	_____	_____
			Pérdida de memoria	_____	_____
Pulmones			Parálisis	_____	_____
Dificultad para respirar	_____	_____	Convulsiones	_____	_____
Tos	_____	_____	Falta de coordinación	_____	_____
Sangre al toser	_____	_____	Dificultad al hablar	_____	_____
corazón			Psicología		
Dolor de pecho	_____	_____	Depresión	_____	_____
Palpitaciones	_____	_____	Dificultad para dormir	_____	_____
Hinchazón en los tobillos	_____	_____	Ansiedad	_____	_____
Senos					
Masas anormales	_____	_____			
Dolor	_____	_____			
Secreciones anormales	_____	_____			



cancer and research institute - a medical corporation
www.newhopecancerinstitute.com

ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO-PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje: es comprender que cualquier controversia como a la negligencia médica, que es en cuanto a si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o fueron indebidamente, por negligencia, o incompetente prestados, será determinado por presentarlo a arbitraje conforme a lo dispuesto por la ley de California, y no por medio de un juicio o de recurrir a procedimientos judiciales excepto como california, la ley prevé la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje, ambas partes en el presente contrato, entrando en ella, están dando en el mismo, se está dejando su derecho constitucional a tener cualquier tal controversia decidió en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar, se acepta el uso de arbitraje.

Artículo 2: Todas las Reclamaciones Deben ser Sometidos a Arbitraje: me entiendo y está de acuerdo en que este acuerdo de arbitraje me une y cualquier otra persona que pueda tener una demanda que surja de o en relación con todos los tratamientos o servicios proporcionados por el médico, incluyendo cualquiera de los cónyuges y a los herederos de la paciente y a los niños, si nacen por nacer en el momento de la ocurrencia dando lugar a ninguna reclamación. en caso de cualquier las mujeres embarazadas, el término "paciente" se refiere tanto a la madre y el de la madre espera niño o los niños.

Todas las reclamaciones de daños monetarios superiores al límite jurisdiccional de la corte de reclamos pequeños contra el médico y el médico de sus socios, colaboradores, asociación, corporación o asociación y los empleados, agentes y fincas de alguno de ellos debe ser materia de arbitraje, incluyendo, sin limitación, las reclamaciones por pérdida de consorcio y muerte injustificada, el sufrimiento emocional o daños punitivos, presentación de cualquier en cualquier acción de cualquier tribunal por parte del médico para recoger cualquier tarifa desde el paciente no deberá renunciar a su derecho a obligar a arbitraje de prácticas abusivas reclamación. sin embargo, tras la afirmación de cualquier reclamación contra el médico, cualquier tarifa controversia, ya sea o no el tema de cualquier acción judicial, deberá también ser resuelta por arbitraje.

Además, entiendo y estoy de acuerdo que si yo firmar este acuerdo en nombre de otra persona por la que tengo responsabilidad, entonces, además de mí mismo, esa persona(s); también estará obligado, junto con el resto de las personas que pueden tener una reclamación que surja del tratamiento o de los servicios prestados a esa persona.

Artículo 3: Procedimientos y Ley aplicable: una demanda de arbitraje deberá ser comunicada por escrito a todas las partes. en mi nombre y en el de todos los demás obligados por el presente acuerdo tal y como lo establece el artículo 2, acuerdo queda determinado en obligarse por el reglamento de arbitraje médico de California Asociación de los servicios Hospitalarios y de Salud, y el California Medical Association , en la medida en que podrá ser modificado en algunos momentos, que se incorporan al presente acuerdo. el arbitraje conducción en virtud del presente acuerdo se efectuará arbitraje vinculante. decisión basada en el laudo dictado por El árbitro podrá introducirse en cualquier tribunal con jurisdicción.

Cualquiera de las partes tendrá derecho absoluto a arbitrar por separado las cuestiones de la responsabilidad y la indemnización de los daños y perjuicios a solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes consentimiento para esta intervención y acumulación en el presente arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una adición apropiada parte en las acciones judiciales, y en la intervención y acumulación, cualquier acción judicial contra esa persona adicional o entidad será suspendido en espera arbitraje.

Entiendo y estoy de acuerdo las controversias objeto del presente acuerdo serán cubiertos por las disposiciones de california, la ley aplicable a las acciones contra los proveedores de atención de la salud incluyendo, pero no limitado a, en el código de procedimiento civil sección 667.7 , código civil sección 3333.11 y 3333.2 , incluyendo la compensación de daños médicos ley de reforma de 1975.

Artículo 4: tengo entendido y me acuerdo que será obligada por el presente acuerdo de arbitraje y que este acuerdo será válido y aplicable para cualquier y todos los tratamientos proporcionados por el médico en el futuro, independientemente de la duración del tiempo desde mi última visita a este médico, e independientemente de hecho de que la relación médico paciente entre yo mismo y el médico podrá interrumpirse por cualquier motivo y, a continuación, recomendado.

Artículo 5: Disposiciones Generales: todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o relacionados con las circunstancias serán arbitrados en el caso de uno de los procedimientos. una reclamación se deberá suspender y prescribirá para siempre (1) en la fecha haya recibido notificación de ello, la reclamación, id afirmó en una acción civil, estarian prohibidas por el California que se aplica la prescripción, o (2) el reclamante no ejerce el arbitraje con razonable diligencia de conformidad con los procedimientos prescritos tal como se establece en el reglamento de CAHHS/CMA arbitraje médico, a continuación, en efecto, en relación con cualquier asunto no previsto expresamente, el arbitraje se rige por el código procesal civil california disposiciones relacionadas con el arbitraje.

Artículo 6: Revocación: tengo entendido que yo no tengo a firmar este acuerdo para recibir servicios del médico, y que si me firmar el acuerdo y cambiar mi mente dentro de los 30 días a partir de hoy, entonces me puede cancelar este acuerdo mediante notificación por escrito a los abajo firmantes médico dentro de ese tiempo afirmando que quiero a retirarse de este acuerdo de arbitraje. si no revocado dentro de un plazo de 30 días de firma original, este acuerdo se rigen todos los servicios de atención médica recibida por el paciente.

Artículo 7: Efecto Retroactivo: si tengo la intención de que este acuerdo para cubrir servicios prestados antes de la fecha en que sea firmado por ejemplo, el tratamiento de emergencia he uemacao aquí. efectiva a partir de la fecha de esta primera servicios médicos:_____ (paciente iniciales)

Si cualquier disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, el resto de las disposiciones permanecerán en pleno vigor y no se verá afectada por la nulidad de cualquier otra disposición. paciente

AVISO: mediante la firma de este contrato significa que usted está de acuerdo con ningún problema de negligencia médica decidió por arbitraje neutral y están cediendo su derecho a un jurado o tribunal juicio véase el artículo 1 de este contrato.

(Paciente, padre o tutor o representante legalmente autorizado del paciente) Fecha:_____

Si firmado por otros de paciente indican relación:_____

Médico de acuerdo de arbitraje.
en atención a lo anterior ejecución de este acuerdo de arbitraje médico paciente, yo también convienen en obligarse por los términos establecidos en este acuerdo y en las normas previstas en el artículo 6.

(Médico de guardia representante autorizado)

(Título)

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Sus derechos según la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros médicos de 1996 (HIPAA)
Cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información
REVISE CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso, comuníquese con el Oficial de privacidad del centro marcando el número del centro principal.

A quiénes va dirigido este aviso: Este aviso describe las prácticas del centro y las de:

- Cualquier profesional de atención médica autorizado a ingresar información en su expediente del centro
- Todos los departamentos y unidades del centro
- Cualquier miembro de un grupo voluntario a quien se le ha permitido ayudarle mientras usted recibe los servicios del centro
- Todos los empleados, equipo, agentes y otro personal del centro
- Todas las entidades, sitios y ubicaciones dentro de este sistema del centro obedecerán los términos de este aviso; también pueden compartir información médica entre sí para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Nuestro compromiso en relación con la información médica: Entendemos que la información médica relacionada con usted y su atención médica es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Se crea un registro de la atención y los servicios que usted recibe en este centro. Este registro es necesario para proporcionar la atención necesaria y cumplir con los requisitos legales. Este aviso aplica a todos los registros sobre su atención, generados por el centro. Es posible que su médico personal tenga avisos o políticas distintas sobre cómo divulgar o utilizar su información médica en la clínica o consultorio médico.

Este aviso informará sobre las maneras en las que el centro puede utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de la información médica.

La ley exige que el centro:

- Se asegure de que la información médica que lo identifica, se mantenga confidencial;
- Le informe sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica; y
- Cumpla con las condiciones de este aviso que están vigentes actualmente.

CÓMO PUEDE EL CENTRO UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen distintas maneras en que el centro utiliza y divulga la información médica. Se explica cada categoría. No se menciona todo uso o divulgación posible. Sin embargo, todas las formas distintas en las que el centro puede utilizar y divulgar la información caen dentro de una de estas categorías.

- **Tratamiento:** Su información médica se puede utilizar para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Esta información médica se puede divulgar a médicos, enfermeras, técnicos u otros agentes del centro que participen en su atención en el centro. Su información médica también se puede divulgar a estudiantes de medicina, internistas y residentes.
Por ejemplo: Es posible que el médico que lo atiende por una fractura en la pierna tenga que saber si usted padece de diabetes, porque la diabetes puede retrasar el proceso de cicatrización. Es posible que el médico tenga que indicarle al dietista sobre la diabetes para que pueda indicar las comidas apropiadas. Diferentes departamentos del centro también pueden compartir su información médica para coordinar sus distintas necesidades, como recetas médicas, exámenes de laboratorio y rayos X. El centro también puede divulgar su información médica a personas fuera del mismo involucradas en su atención médica, después de que usted salga del centro, como miembros de la familia, agencias de atención médica en el hogar u otros, que se utilicen para proporcionar los servicios que forman parte de su atención.
- **Pago:** Su información médica se puede usar y divulgar para que el tratamiento y servicios que reciba en el centro se puedan facturar y se le pueda cobrar a usted, a la compañía aseguradora o un tercero.
Por ejemplo: El plan de salud o la compañía aseguradora pueden necesitar información sobre la atención que recibió del centro para que puedan proporcionar el pago por la cirugía. La información también se le puede dar a alguien que ayude a pagar por su atención. Es posible que su plan de salud o compañía aseguradora también necesiten información sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si cubren o no el tratamiento.
- **Operaciones de atención médica:** Su información médica se puede utilizar y divulgar con el propósito de promover las actividades diarias del centro. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el centro y para supervisar la calidad de atención que reciben nuestros pacientes.
Por ejemplo: Su información médica se puede:
 1. Revisar para evaluar el tratamiento y los servicios que presta nuestro personal al atenderle.
 2. Comparar con la de pacientes de otros centros para decidir qué servicios adicionales debe ofrecer el centro, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos,
 3. Divulgar a médicos, enfermeras, técnicos y otros agentes del centro para su revisión y con fines de aprendizaje.
 4. Divulgar a estudiantes de medicina, internistas y residentes.
 5. Comparar con información de otros centros para determinar cómo lo hacemos y dónde podemos mejorar la atención y servicios que ofrecemos. La información que lo identifica en este conjunto de información médica se puede eliminar de manera que los demás puedan utilizarla para estudiar la atención médica y la provisión de atención médica sin conocer quiénes son los pacientes específicos.
- **Socios comerciales:** Existen ciertos servicios que se proporcionan en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el departamento de emergencia y radiología, ciertos exámenes de laboratorio y un servicio que utilizamos cuando hacemos copias de su expediente médico. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros socios comerciales para que ellos puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado y le puedan cobrar a usted o a un tercero por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información de salud, la ley federal exige que los socios comerciales protejan adecuadamente su información.
- **Directorio:** Es posible que incluyamos cierta información limitada suya en el directorio del centro mientras es nuestro paciente. La información puede incluir su nombre, ubicación en el centro, su condición general (por ej., buena, regular) y su afiliación religiosa. Esta información se puede proporcionar a los miembros del clero y, excepto por la afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre. Si usted decide que no se le incluya en el directorio del centro, solicite el Formulario de exclusión al personal de admisión o al Oficial de privacidad del centro.

- **Información del censo:** Es posible que, mientras es paciente del centro se utilice información limitada sobre usted en el informe del censo. Esta información puede incluir su nombre, ubicación del centro, fecha de admisión y dirección.
- **Miembros del clero:** Mientras es paciente del centro y si da su consentimiento por escrito, podemos divulgar su información a su clero específico. Esta información puede incluir su nombre, dirección y fecha de admisión.
- **Recordatorios de citas:** Podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted como recordatorio de alguna cita que tenga para tratamiento o atención médica en el centro.
- **Comunicaciones futuras:** Es posible que nos comuniquemos con usted por medio de boletines informativos, correos u otros medios en relación con opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de manejo de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades basadas en la comunidad en las que participa nuestro centro.
- **Arreglo de atención médica organizada:** Este centro y los miembros de su personal médico han organizado y están presentándole este documento como un aviso conjunto. La información se compartirá según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los médicos y personas encargadas del cuidado pueden obtener acceso a información protegida de la salud en sus oficinas para ayudar a revisar tratamientos anteriores si afectan el tratamiento en ese momento.
- **Entidad cubierta afiliada:** La información protegida de la salud se pondrá a disposición del personal del centro en centros locales afiliados según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Las personas encargadas del cuidado en otros centros pueden tener acceso a información protegida de la salud en sus ubicaciones para ayudar a revisar tratamientos anteriores si afectan el tratamiento en ese momento. Comuníquese con el Oficial de privacidad del centro para obtener más información sobre los sitios específicos que se incluyen en esta entidad cubierta afiliada.
- **Personas que participan en su atención:** Con su autorización, su información médica se puede divulgar a un miembro de la familia, tutor u otras personas que participen en su atención. También se les puede informar sobre su condición a menos que usted haya solicitado restricciones adicionales. Además, su información médica se puede divulgar a una entidad que ayude en un esfuerzo de alivio de desastres de manera que se le pueda notificar a su familia sobre su condición, estado y ubicación.
- **Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, su información médica se puede utilizar y divulgar con fines de investigación.
Por ejemplo: Un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro, por las mismas afecciones. Sin embargo, todos los proyectos de investigación, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto propuesto de investigación y su uso de la información médica, balanceando las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes de privacidad de su información médica. Su información médica se puede divulgar a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que revisen no se conozca fuera del centro. Casi siempre pediremos su autorización específica si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es o si va a participar en su atención.
- **Según lo requiera la ley:** Nuestra información médica se divulgará cuando los reglamentos o reglas, leyes y autoridades locales, estatales o federales así lo requieran.
 - **Juicios y disputas:** Si usted está involucrado en un juicio o disputa, su información médica será revelada como respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de un tercero involucrado en la disputa, cuando la ley nos exija responder.
 - **Policia:** Su información medica será revelada si lo solicita un oficial de la policia:
 1. Como respuesta a una orden del tribunal, citación, garantía, petición o proceso similar;
 2. Para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 3. En relación con la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
 4. En relación con una muerte que consideremos el resultado de una conducta criminal;
 5. En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas; la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.
 - **Actividades de inteligencia y seguridad nacional:** Su información médica será revelada a oficiales federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, autorizadas por la ley.
 - **Servicios de protección para el presidente y otras personas:** Su información médica se puede divulgar a oficiales federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o líderes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.
 - **Para advertir sobre una amenaza a la salud o seguridad:** Su información médica se puede utilizar y divulgar cuando sea necesario para evitar una amenaza seria a su salud y seguridad y la del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solamente será a alguien que pueda ayudar a detener la amenaza.
 - **Actividades de supervisión de la salud:** Su información médica se puede divulgar a un centro de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, programas del gobierno y cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Organizaciones privadas de acreditación:** Se puede utilizar la información médica para cumplir con los requisitos de este centro al cubrir los lineamientos de organizaciones privadas de acreditación de centros como JC, NCQA, etc.

SITUACIONES ESPECIALES:

- **Donación de órganos y tejido:** Si usted es un donante de órganos o tejido, su información médica se puede revelar a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de tejidos, ojos y órganos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación o trasplante de órganos o tejido.
- **Dispositivos médicos:** Su número de seguro social y otra información necesaria se revelará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales al fabricante de cualquier dispositivo médico que haya implantado o retirado durante una hospitalización y a la Administración de drogas y alimentos, si corresponde. Esta información se puede utilizar para localizarlo en caso que fuera necesario, en relación con dicho dispositivo médico.
- **Militares y veteranos:** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, su información médica se puede revelar según lo requieran las autoridades del comando militar. Si usted es miembro del personal militar extranjero, su información médica se puede revelar a la autoridad militar extranjera apropiada.

- **Compensación a los trabajadores:** Si solicita tratamiento para una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, debemos proporcionar la información completa de acuerdo con leyes específicas del estado relacionada con los reclamos de compensación de los trabajadores. Una vez que se cumplen los requisitos estatales específicos y se recibe una solicitud escrita apropiada, solamente se pueden divulgar los registros de la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.
- **Riesgo de salud pública:** Su información médica se puede utilizar y divulgar para actividades de salud pública. Estas actividades por lo general incluyen lo siguiente:
 1. Evitar o controlar la enfermedad, lesión o discapacidad;
 2. Reportar nacimientos o muertes;
 3. Denunciar abuso infantil o negligencia;
 4. Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 5. Notificar a las personas sobre productos que se han retirado del mercado y que pueden estar utilizando;
 6. Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
 7. Notificar a la autoridad gubernamental indicada si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Únicamente haremos la divulgación si usted acepta o cuando sea requerido o autorizado por la ley.
- **Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias:** Su información médica se puede revelar a un juez de instrucción o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos revelar la información médica sobre pacientes del centro a directores de funerarias según sea necesario para que desempeñen sus obligaciones.
- **Reclusos:** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de ejecución de la ley, podemos revelar su información médica a la institución correccional o al oficial de ejecución de la ley. Esta revelación sería necesaria por las siguientes razones:
 1. Para que la institución le brinde atención médica;
 2. Para proteger su salud y seguridad y la de los demás;
 3. Para la seguridad y garantía de la institución correccional.

SITUACIONES ADICIONALES:

- **Otros usos de la información médica:** Los demás usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos por este aviso o las leyes que corresponden a este centro, se harán únicamente con su autorización por escrito. Si usted autoriza al centro para que utilice o divulgue su información médica puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información médica por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar cualquier divulgación que ya se haya hecho con su autorización y que debemos conservar nuestros registros de la atención que el centro le proporcionó.

INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON ESTE AVISO:

- **Cambios a este aviso:** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y a hacer que dicho cambio o revisión cobre vigencia para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El centro publicará una copia actualizada del aviso con la fecha de vigencia. Además, cada vez que usted es admitido en el centro para recibir atención/servicios, como paciente interno o ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso que esté vigente en ese momento.
- **Quejas:** No se le sancionará por presentar una queja. Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el centro o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con el centro, comuníquese con el Oficial de privacidad del sistema. Todas las quejas se deben presentar por escrito.

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Usted tiene los siguientes derechos en relación con su información médica que el centro mantiene:

*** NOTA: Todas las solicitudes se deben presentar por escrito al Departamento de registros médicos del centro.**

- **Derecho a inspección y copia:** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su atención.

Para inspeccionar o copiar la información médica o para recibir una copia electrónica de la información médica que se puede utilizar para tomar decisiones relacionadas con usted, debe presentar una solicitud por escrito.

Si solicita una copia impresa de la información, es posible que le cobremos una tarifa por el costo de reproducir, enviar por correo u otros suministros relacionados con su solicitud.

Si el centro utiliza o mantiene un registro de salud electrónico con su información médica, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica de la información, si así lo elige.

1. Puede indicarle al centro que envíe la copia a otra entidad o persona que usted asigne, siempre y cuando la elección sea clara, sea evidente y específica.
2. Es posible que el centro cobre una tarifa equivalente al costo de mano de obra por proporcionar la copia electrónica.

Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en algunos casos limitados. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional del cuidado de la salud autorizado, que no sea la persona que denegó su solicitud, será elegido por el centro para que revise su solicitud y denegación. El centro cumplirá con los resultados de la revisión.

1. Un profesional del cuidado de la salud autorizado, determinó en el ejercicio de su juicio profesional, que es razonablemente probable que el acceso solicitado ponga en peligro la vida o seguridad física de la persona u otra persona.
2. La información de salud protegida hace referencia a otra persona (a menos que esa persona sea un proveedor de atención médica) y un profesional del cuidado de la salud autorizado, ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que es razonablemente probable que el acceso solicitado cause un daño sustancial a esa otra persona.
3. La solicitud de acceso la hace el representante personal de la persona y un profesional del cuidado de la salud autorizado determina, en el ejercicio de su juicio profesional, que es razonablemente probable que si se le proporciona acceso a dicho representante personal se le puede causar un daño sustancial a la persona o a otra persona.

- **Derecho a modificar:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Usted tiene derecho a solicitar una modificación a la información almacenada por el centro o para el centro.

Para solicitar una modificación debe presentar una solicitud por escrito. También debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Su solicitud de una modificación puede ser denegada si:

1. Su solicitud no es por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud;
2. La información médica no la creamos nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la modificación;
3. La información médica no es parte de la información médica almacenada por el centro o para el centro;
4. La información médica no es parte de la información que se le permite inspeccionar o copiar; o
5. La información médica es exacta y completa.

- **Derecho a una explicación de las divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar una "explicación de las divulgaciones". Ésta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para propósitos no de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Para solicitar esta lista o explicación de las divulgaciones:

1. Debe presentar su solicitud por escrito;
2. Su solicitud debe indicar un período que no puede exceder de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003.
3. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónico).

La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, le cobramos los costos de proporcionarle la lista. Le notificaremos el costo implicado y usted puede elegir modificar o desistir de su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre su información médica que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o el pago por su atención, como un familiar.

Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito. En su solicitud debe indicarnos:

1. La información que desea limitar;
2. Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos;
3. Para quién desea que apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

También tiene derecho a solicitar que un servicio o artículo de atención médica no se revele a su plan médico para fines de pago u operaciones de atención médica. Estamos obligados a cumplir con su solicitud si el servicio o artículo de atención médica se paga en efectivo y en su totalidad. Esta restricción no aplica al uso o divulgación de su información de salud relacionada a su tratamiento médico.

- **Derecho a solicitar una comunicación confidencial:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a asuntos médicos de cierta forma o en cierto lugar.

Por ejemplo: Puede pedir que solamente nos comuniquemos con usted a su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales debe hacer su solicitud por escrito. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Haremos todo lo posible por ajustarnos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea que se le contacte.

- **Derecho a una copia impresa de este aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Puede pedir que le demos una copia en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este aviso electrónicamente tiene derecho a una copia impresa de este aviso.



NEW HOPE

cancer and research institute - a medical corporation
www.newhopecancerinstitute.com

FORMA DE RECONOCIMIENTO DEL INFORME DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Yo reconozco que he recibido una copia del Informe de las Prácticas Privadas de RHC.

Firma

Nombre en letra de Imprenta

Fecha

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

No se obtuvo el reconocimiento del paciente debido a:

- El paciente se negó a firmar
- El paciente está incapacitado y no hay una persona responsable disponible antes de retirar al paciente
- Otra: _____
