



Por favor complete y regresenos esta forma antes de su cita.

**FORMA DE INFORMACION DEL PACIENTE  
FAVOR DE COMPLETAR**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_  
Género: Hombre/Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ # Apt \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Tel. Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. Celular/Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo electronico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
La mejor manera de comunicarse conmigo:  Tel. Casa  Tel. Trabajo  Tel. Celular  Correo  
Desea recibir recordatorio de cita por texto?  Si  No Si desea recibir mensaje, a cual numero?: \_\_\_\_\_

**EL GOBIERNO REQUIERE QUE COLLECTEMOS LA SIGUIENTE INFORMACION DE NUESTROS PACIENTES**

Idioma:  Ingles  Español  Persa  Ruso  Chino  Francés  Japones  Armenio  Otro: \_\_\_\_\_  
Raza :  Indio Americano  Asiatico  Africano Americano  Blanco  Hawaiano Nativo/ Isleno del Pacifico  Otro \_\_\_\_\_  niega a responder  
Origen étnico:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  niega responder  
Estado civil:  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado  Con pareja  
Como escucho de nosotros?  Internet  anuncio  médico de atención primaria  otro medico  amigo/familiar  Hospital  
 Compañía de aseguranza  Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL GUARDIAN**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación:  Pareja  Padres  Amigo  Hijo/a  Hermano/a  Primo/a  Otro: \_\_\_\_\_  
Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL EMPLEADOR**

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE MEDICO REFERENTE**

Apellido del médico: \_\_\_\_\_ Nombre del medico: \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria:  Si  No Si la respuesta es no, nombre de doctor de atención primaria: \_\_\_\_\_  
Dirección del medico: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL GARANTE**

*Por favor anote la información de la persona financieramente responsable por el paciente.*

Relacion al paciente:  Paciente  Pareja  Padres  Amigo/a  Hijo/a  Hermano/a  Primo/a  Otro: \_\_\_\_\_  
Apellido del garante: \_\_\_\_\_ Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
**Información opcional** Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo electronico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de póliza de seguro: \_\_\_\_\_ Tipo de póliza:  HMO  PPO

Relacion del titular de la póliza al paciente # de identificación: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

Apellido del titular de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: Hombre/Mujer

#### *Seguro secundario – Solo si tiene segunda póliza*

Nombre de póliza de seguro: \_\_\_\_\_ Tipo de póliza:  HMO  PPO

Relacion del titular de la póliza al paciente # de identificación: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

Apellido del titular de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: Hombre/Mujer

#### *Seguro terciario – Solo si tiene tercer póliza*

Nombre de póliza de seguro: \_\_\_\_\_ Tipo de póliza:  HMO  PPO

Relacion del titular de la póliza al paciente # de identificación: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

Apellido del titular de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: Hombre/Mujer

### POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CON CUIDADO

Con mi firma a continuacion, certifico que la información en esta forma es correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento. Doy consentimiento a recibir tratamiento de la oficina y doctores de inSite Digestive Health Care (anteriormente conocido como Southern California Gastroenterology Associates). Autorizo pagos de mis beneficios medicos a inSite Digestive Health Care (anteriormente conocido como Southern California Gastroenterology Associates), y les doy autorización para dar información medica necesaria en procesar reclamos. Entiendo que co-pagos, deducibles, co-aseguro y servicios no cubiertos son mi responsabilidad.

Autorizo que mi doctor obtenga mi expediente medico, información demografica y seguro de hospitales, laboratorios, o grupos medicos quienes me han dado previo servicios medicos si esta informacion es necesaria para recibir servicios medicos hoy.

Con mi firma a continuacion, Tambien doy consentimiento a recibir llamadas pregrabadas y mensajes de texto al igual que correos electronicos de parte de inSite Digestive Health Care (anteriormente conocido como Southern California Gastroenterology Associates) para recordatorios sobre mi salud, proximas citas y informacion sobre otros servicios, at los numeros y correo electronico mencionados en la primera pagina de esta forma, incluyendo mi numero de celular, si es aplicable. Entiendo que puedo ser cobrado por tales llamadas mensajes de texto por mi proveedor de servicios de telefono movil y que tales llamadas, mensajes de texto y correos electronicos pueden ser generados por un servicio automatizado de comunicacion.

Firma del paciente/Garante\* \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Si el paciente es menor (menos de 18 años) forma debe ser firmada por padre/madre or guardian legal.

Nombre completo

Ocupación

A=actual o J=jubilado

 A J

**1** Seleccione procedimientos que ha tenido anteriormente  
 Ninguno

Procedimiento	Fecha
<input type="radio"/> Apéndice removido	
<input type="radio"/> Ovarios removidos	
<input type="radio"/> útero removido	
<input type="radio"/> Vesícula removida	
<input type="radio"/> Puente de arteria coronaria	
<input type="radio"/> Stent coronario	
<input type="radio"/> Transfusión de sangre	
<input type="radio"/> Cirugía de próstata	
<input type="radio"/> Reemplazo de cadera	
<input type="radio"/> Reemplazo de rodilla	
<input type="radio"/> Operación de cancer (tipo de cancer)	
<input type="radio"/> Reparación de la hernia	
<input type="radio"/> Cirugía bariátrica	
<input type="radio"/> Tiroides removido	
<input type="radio"/> Operación de hemorroides	
<input type="radio"/> Cirugía de espalda o cuello	
<input type="radio"/> Cirugía de vejiga o riñón	
<input type="radio"/> Cirugía de válvula cardíaca	
<input type="radio"/> Marcapasos	
<input type="radio"/> Cesárea	
<input type="radio"/> Otro	
<input type="radio"/> Otro	
<input type="radio"/> Otro	

**2** Seleccione exámenes que ha tenido anteriormente  
 Ninguno

Examen	Fecha
<input type="radio"/> Colonoscopia	
<input type="radio"/> Endoscopia	
<input type="radio"/> Ultrasonido abdominal	
<input type="radio"/> Exploración de CT/MRI abdominal	
<input type="radio"/> Rayos x, exploraciones (especifique)	
<input type="radio"/> Otro	
<input type="radio"/> Otro	
<input type="radio"/> Otro	

**3** Sufre de apnea del sueño?  Si  No

**4** Ha sometido a alguna terapia de radiación?

Si: \_\_\_\_\_  No

(especifique la razon)

**5** Fecha de recientes análisis de sangre: \_\_\_\_\_

**6** Usa oxígeno?

Si: \_\_\_\_\_  No

(especifique la razon)

**7** Usa silla de ruedas o andadera?  Si  No

**8** Condiciones médicas del pasado o presente:  Ninguno

Gastroenterología	Cardiovasculares	Sistema Nervioso	Otro (continuado)
<input type="radio"/> Úlcera	<input type="radio"/> Enfermedad cardíaca coronaria	<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Anemia
<input type="radio"/> Pólipo del colon	<input type="radio"/> Presión arterial alta	<input type="radio"/> Atención psiquiátrica	<input type="radio"/> Cancer
<input type="radio"/> Hemorroides	<input type="radio"/> Colesterol Alto	<input type="radio"/> Epilepsia/Convulsión	Especifique el tipo:
<input type="radio"/> Reflujo ácido/GERD	<input type="radio"/> Angina	<input type="radio"/> Trastorno de ansiedad	<input type="radio"/> Fibromialgia
<input type="radio"/> Diverticulitis	<input type="radio"/> Ataque al corazón (especifique fecha)	<input type="radio"/> Trastorno bipolar	<input type="radio"/> Agrandamiento de la próstata
<input type="radio"/> Trastorno alimentario	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="radio"/> Diabetes
<input type="radio"/> Síndrome de intestino irritable	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Ataque isquémico transitorio	<input type="radio"/> Gota
<input type="radio"/> Hepatitis B	<b>Respiratorio</b>	<input type="radio"/> Insomnio severo	<input type="radio"/> Desorden de la tiroides
<input type="radio"/> Hepatitis C	<input type="radio"/> Neumonía	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Alcoholismo
<input type="radio"/> Cirrosis	<input type="radio"/> Bronquitis	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Dependencia de sustancias químicas
<input type="radio"/> Crohn's/Colitis ulcerosa	<input type="radio"/> Asma	<b>Otro</b>	<input type="radio"/> Trastornos de la coagulación
<input type="radio"/> Estreñimiento Crónico	<input type="radio"/> Enfisema	<input type="radio"/> HIV	<input type="radio"/> Artritis
<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> Herpes genital	<input type="radio"/> Enfermedad renal crónica
<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Coágulos de sangre
<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Enfermedad de la columna

**9** Tiene alguna alergia a medicina?  No  Si, especifique: \_\_\_\_\_

**10** Tiene alguna otra alergia?  No  Si, especifique: \_\_\_\_\_

**11** Le han administrado vacunas recientemente?  No

Vacuna contra la gripe Cuando: \_\_\_\_\_  Neumonía Cuando: \_\_\_\_\_  Culebrilla/Zoster Cuando: \_\_\_\_\_  Hepatitis A Cuando: \_\_\_\_\_  Hepatitis B Cuando: \_\_\_\_\_  Otro Cuando: \_\_\_\_\_

12 Favor de listar or adjuntar una lista actual de medicamentos, incluyendo suplementos, diluyentes de la sangre, hierbas medicamentos de venta libre.  Ninguno

Nombre	Dosis	Nombre	Dosis

Nombre de farmacia  Telefono de farmacia   
 Dirección  Ciudad  Estado  Codigo postal

13 Tipo de consumo de alcohol  Ninguno

Tipo	cantidad
<input type="radio"/> cerveza	botes/semana
<input type="radio"/> licor	tragos/semana
<input type="radio"/> Vino	copas/semana

14 Tipo de consumo de cafeína  Ninguno

1-3 tazas de café, té o soda diario  
 4 or mas tazas de café, té o soda diario

15 Tipo de consumo de tabaco

Fumador diario  
 Fumo, pero no diario  
 Ex fumador  
 Nunca he fumado

16 Por favor especifique uso de drogas recreativas (pasado o presente).  Ninguno

Usas marihuana actualmente?  Si  No  
 Narcoticos/Opiáceo  actual  reciente  Speed  actual  reciente  
 Cocaína  actual  reciente  Otra droga: \_\_\_\_\_  actual  reciente

17 Con que frecuencia haces ejercicio?

Nunca  \_\_\_\_\_ veces por semana

18 Historia médica familiar

<input type="radio"/> Paciente no tiene conocimiento de la historia familiar	Madre		Padre		Hermano		Hermana	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Vive?								
Edad actual o edad al morir								
Causa de muerte								
<b>Por favor especifique si algun familiar fue diagnosticado con cualquiera de los siguientes.</b>								
Colitis Ulcerosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pólipos en el colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer del colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad del Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer GI (estomago, higado, biliar, pancreas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno Mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Celíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19 Información sobre la salud

Tiene poder notarial duradero para tomar decisiones de salud o forma de instrucciones para final de vida?  
 Si  No

Podemos dejar mensajes con informacion medica or resultados para usted en su casa o teléfono celular?  
 Si  No

**Para uso de oficina solamente**

**Revisado con:**

Paciente  Padre  Guardian  
 Hija  Hijo  Pareja

**Nombre complete:**

Al firmar abajo, yo certifico que la información de salud que he proporcionado es correcta al mejor de mi conocimiento. Doy mi consentimiento para ser tratado por el personal y los proveedores de inSite Digestive Healthcare (anteriormente conocido como Southern California Gastroenterology Associates) y les autorizo para liberar cualquier información médica necesaria para procesar reclamos. Autorizo al doctor para obtener mis expedientes médicos, demográficos e información seguro de previos hospitales, farmacias, laboratorios o grupos médicos y organizaciones que han dado previo servicios médicos si esta información es necesaria para que el médico me proporcione servicios médicos.

Firma del paciente

Nombre completo del paciente

Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cual es la razon por su cita? \_\_\_\_\_

Constitucionales		Cardiovasculares		Alérgias/Inmunológicas	
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Ninguno	
fatiga	Si No	Dolor de pecho o angina	Si No	Fuertes reacciones alérgicas o u1rticaria	Si No
fiebre	Si No	Latidos cardíacos irregulares	Si No		
pérdida de apetito	Si No	Palpitaciones	Si No	Músculo-esquelético	
aumento de peso	Si No	edema/tobillos hinchados	Si No	<input type="checkbox"/> Ninguno	
pérdida de peso	Si No	Demayo/pierde la conciencia	Si No	Artritis	Si No
Gastrointestinales		Génito-urinario		Dolor de espalda	Si No
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Ninguno		Dolor en las articulaciones	Si No
dolor abdominal	Si No	Dolor cuando orina	Si No	Debilidad muscular	Si No
distension abdominal	Si No	Infecciones urinarias frecuentes	Si No	Neurológica	
cambio de hábitos intestinales	Si No	Ganas frecuentes de orinar	Si No	<input type="checkbox"/> None	
estreñimiento	Si No	Sangre en la orina	Si No	Mareos	Si No
diarrea	Si No	Problema de función sexual	Si No	demayo	Si No
dolor de gas	Si No	Descarga persistente	Si No	dolor de cabeza frecuente	Si No
acidez estomacal excesiva	Si No	Pérdida de control de orina	Si No	migraña	Si No
ictericia	Si No	Piedras en el riñón	Si No	entumecimiento	Si No
náuseas/vómitos	Si No	Dolor pélvico	Si No	temblores hormigueo	Si No
sangrado rectal	Si No	Menstruacion pesado	Si No	vértigo	Si No
calambres de estómago	Si No	Dolor durante sexo	Si No	pérdida de la memoria	Si No
dificultad para deglutir	Si No	Flujo de orina difícil	Si No	caida	Si No
vómitos de sangre	Si No	Hematológicas/Linfático		Psiquiátrico	
excrement negro	Si No	<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> None	
Hemorroides	Si No	Moretones fácil	Si No	ansiedad	Si No
Ojos		Sangrado prolongado	Si No	depresión	Si No
<input type="checkbox"/> Ninguno		Agrandamiento de ganglios linfáticos	Si No	dificultad para dormir	Si No
visión doble	Si No	Endocrino		ataques de pánico	Si No
pérdida de la visión	Si No	<input type="checkbox"/> Ninguno		actualmente viendo terapeuta	Si No
Oído, Nariz, Garganta		Sed excesiva	Si No	Otro	
<input type="checkbox"/> Ninguno		Tegumentario			
sangrado nasal	Si No	<input type="checkbox"/> Ninguno			
dolor de garganta	Si No	Prurito	Si No		
Vías respiratorias		Erupciones cutáneas	Si No		
<input type="checkbox"/> Ninguno		Notas de oficina:			
asma	Si No				
tos	Si No				
Dificultad para respirar	Si No				
Excesiva flema	Si No				
Tos con sangrado	Si No				



Para preguntas o más información con respecto a este aviso, por favor, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad :  
Martine Henry  
1010 N. Central Avenue, Suite 380, Glendale, CA 91202  
[m.henry@insitedigestive.com](mailto:m.henry@insitedigestive.com)  
(tel.) 626-808-4757 (fax) 626-808-4757

## Aviso de Prácticas de Privacidad

---

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

#### Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

#### Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

## Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

## Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus opciones

### Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

### En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

### En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### Tratamiento

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. **Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

### Dirigir nuestra organización

Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. **Ejemplo:** Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### Facturar por sus servicios

Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. **Ejemplo:** Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

## **Socios de negocios**

Podemos compartir su información médica con nuestros asociados que realizan funciones en nuestro nombre o nos proveen servicios si la información protegida se requiere que estas funciones o servicios. Todos los socios de negocios están obligados por contrato a proteger la privacidad y garantizar la seguridad de su información médica protegida

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

## **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

## **Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

## **Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

## **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

## **Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

## **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

## **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.



- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### **Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

**Eficaz: 1 Febrero, 2016**

**Revisado: 1 Febrero, 2016**

### **Nuestra Oficina:**

[Office Name]

[Doctors' names]

[Practice Address and phone]

[www.insitedigestive.com](http://www.insitedigestive.com)



**ACUSE DE RECIBO DE NUESTRO  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Propósito** : Este formulario se utiliza para obtener el acuse de recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese reconocimiento .

Yo \_\_\_\_\_ han recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina . (Por favor escriba el nombre anterior) \*\* Usted tiene el derecho de negarse a firmar este documento \*\*

\_\_\_\_\_  
(Firma) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Uso solamente de oficina**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but the acknowledgement could not be obtained because:

\_\_\_\_ The patient or individual refused to sign this document

\_\_\_\_ Communications conflicts prohibited us from obtaining the acknowledgement

\_\_\_\_ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

\_\_\_\_ Other (Please Specify)

---

---

---



## FORMULARIO DE AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. El dar autorización para comunicación de comercialización a esta práctica significa que puedo:

A. Recibir comunicaciones de tratamiento sobre alternativas de tratamiento u otro productos o servicios relacionados con la salud.

B. Ser contactado sobre información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarme.

**\* Entiendo que tengo derecho a "optar por no recibir" tales comunicaciones.**

**\* Entiendo que esta práctica puede recibir una remuneración financiera por las comunicaciones.**

Otras comunicaciones para tales fines que no implican una remuneración financiera son capturado adecuadamente en el aviso de práctica de privacidad (NPP) de esta práctica.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en recibir comunicaciones de comercialización de esta practica y de los socios comerciales de esta práctica.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

La comunicación que lo alienta a usar nuestros servicios se considera comercialización. Si intentamos usar, o vender PHI para ganancia personal o ventaja comercial, primero debemos obtener una autorización por escrito. Se requiere autorización para todas las comunicaciones de todo tipo de tratamiento y operaciones de tratamiento en el cual la entidad cubierta recibe una remuneración financiera para hacer las comunicaciones de un tercero cuyo producto o servicio se comercializa. Tal poliza asegura que toda comunicación se trate como comunicaciones de comercialización, en lugar de requerir que entidades cubiertas tengan dos procesos establecidos basados en si la comunicación proporcionada a las personas es para un tratamiento o propósito de las operaciones de cuidado de la salud. Debido a la comercialización, PODREMOS recibir una remuneración financiera de un tercero.

HIPAA declara que el término "remuneración financiera" no incluye beneficios no financieros, tales como beneficios en especie, proporcionado a una entidad cubierta a cambio de hacer una comunicación sobre un producto o servicio. Más bien, remuneracion financiera incluye solo los pagos realizados a cambio de tales comunicaciones.