

**Paciente:**

**Fecha de nacimiento del paciente:**

## HISTORIA DE SALUD

Alguna vez has tenido lo siguiente? Por favor circule todos los que apliquen

	NO	SI		NO	SI
Anemia	N	S	Hiperlipidemia	N	S
Artritis	N	S	Hiperparatiroidim	N	S
Asma/ epoc	N	S	Presion Alta	N	S
Fibrilación auricular	N	S	Quistes renales	N	S
Insuficiencia cardiaca congestiva	N	S	Insuficiencia renal	N	S
Cáncer	N	S	Cálculos renales	N	S
Cáncer en los últimos 5 anos	N	S	Lupus	N	S
Enfermedad de las arterias Coronarias	N	S	Enfermedad poli quística renal	N	S
Diabetes tipo 2	N	S	Proteínas en la orina	N	S
Diabetes tipo 1	N	S	Infección recurrente del tracto urinario	N	S
(Hematuria) sangre en la orina	N	S	Carrera	N	S
Hepatitis A	N	S	Trastorno de tiroides	N	S
Hepatitis B	N	S	Trasplante	N	S
Hepatitis C	N	S	Defisiciencia de vitamina D	N	S

Otras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalizaciones previas y cirugías anteriores (incluyendo fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

## HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

### Circula

#### Alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes:

Enfermedad renal	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Proteína en orina	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Sangre en orina	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Diálisis	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Diabetes tipo 2	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Diabetes tipo 1	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Hipertensión	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
SLE	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Piedras en los riñones	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Enfermedad renal	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Quistes en los riñones	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Cáncer	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____
Sordera	SI	NO	Si es si, nombre los miembros de la familia	_____

Nombre de paciente:

Fecha de nacimiento:

## Médico de Atención Primaria y Medico Remitente

Medico de atención primario \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Medico de referencia (si es diferente Primario) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

### Información del Asegurancia

#### Asegurancia Primaria

Número de identificación \_\_\_\_\_

Número de seguro social de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Numero de telefono de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Empleador de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona asegurada \_\_\_\_\_

#### Asegurancia Secundaria

Numero de identificacion \_\_\_\_\_

Número de seguro social de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Empleador de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona asegurada \_\_\_\_\_

### Información de Farmacia

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_

Domicillio de la farmacia \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_

Fax de la farmacia \_\_\_\_\_

Paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

### Lista de Medicamentos

Nombre de medicamento	Dosis	Direcciones (una al dia, dos cada 6 horas)
-----------------------	-------	--

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alguna vez a tomado desinflamantes como Advil, Motrin, Aleve, Celebex, vioxx, Ibuprofeno, Naprosyn, Betra, etc. ? Si dice que si por favor diga los nombres de los medicamentos:

_____
_____
_____
_____

Tiende algunas alergia algun medicamento:

_____
_____
_____
_____

**Paciente:**

**Fecha de nacimiento del paciente:**

### **Historia Social Actual (circule)**

**Consumo de alcohol:** Ninguno Ocasionalmente Moderado Pesado \_\_\_\_\_

**Mascando tabaco:** No 1 por día 2-4 por día 5+ por día \_\_\_\_\_

**Tabaco- años de uso:** \_\_\_\_\_

**Estado de fumar:** Nunca fumador Ex fumador fumado actual todos los días Actual Algún día fumador

**Fumar- Cuanto?:** Ninguno 1 Pagete al la semana o 2, ¼ Pagete al dia, ½ al dia, 1 Pagete al dia, 1 ½ ,  
2 Pagete al dia, 3 y mas Pagete al dia

**Fumando desde la edad:**

\_\_\_\_\_

**Drogas llicitas:**

\_\_\_\_\_

**Estado marital:** Desconocido Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Socio  
Doméstico

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Paciente:**

**Fecha de nacimiento del paciente:**

### **REVISION DE SISTEMAS**

Circula y describe como te sientes hoy

**Constitucional:** Fibra    Fatiga    Aumento de peso ( \_\_\_\_\_ lbs.)    Pérdida de peso ( \_\_\_\_\_ lbs.)

**Ojos:**                    Ojos secos                    Cambio de visión

**Nariz:**                    Hemorragias nasales frecuentes

**Boca/Garganta:** Dolor de garganta                    Ronquidos                    Boca seca

**Cardiovascular:** Dolor en el pecho al hacer ejercicio                    Falta de aliento al caminar                    Palpitaciones  
Soplo cardiaca                    Mareo al ponerse de pie                    Hinchazón

**Respiratorio:** Tos    Vigilancias    Dificultad para respirar    Tos de sangre                    Sueno apnea

**Gastrointestinal:** Dolor abdominal    Vómitos    Cambio de apetito    Diarrea Frecuente                    Nauseas

**Genitourinaria:** Perdida de control urinaria    Dificultad para orinar                    Sangre en la orina  
Aumento de la frecuencia urinaria

**Musculo Esquelético:** Dolores musculares    Artralgias/ dolor en las articulaciones    Dolor de espalda

**Piel:**                    Ictericia                    Erupción Cutánea                    Picazón

**Psiquiátrico:**                    Depresión                    Falta de sueno

**Endocrino:**                    Aumento de la sed                    intolerancia al calor                    Intolerancia al frio

**Hematológico/ linfático:**                    Glándulas inflamadas                    Sangrado excesivo

**Alergia/ Inmunológico:**                    Secreción nasal                    Picazón                    Urticaria

**L.A. COUNTY NEPHROLOGY ASSOCIATES A MEDICAL CORPORATION**

**Autorización / Responsabilidad Financiera**

**Forma de Asignacion de Beneficios de Libertad de Informacion**

**FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR**

**SU FIRMA ES NECESARIA PARA PROCESAR LAS RECLAMACIONES DE SEGUROS Y PARA GARANTIZAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS**

- Autorizo que la informacion medica necesaria para obtener la autorizacion para el tratamiento de mi compania
- Asignar todos los beneficios medicos o quirurgicos, incluidos los beneficios medicos a que tengo derecho a la L.A. County Nephrology Associates A Medical Corporation medica y autorizo el pago directamente a el. Esta asignacion se mantendra en efecto hasta revocado por mi por escrito. Una fotocopia de esta tarea debe ser considerada tan valida como la original.
- Entiendo que si recibo los pagos debido a L.A. COUNTY NEPHROLOGY ASSOCIATES A MEDICAL CORPORATION, es mi responsabilidad/ obligacion de remitir inmediatamente los pagos. Mas me doy cuenta de que no lo haga, yo soy responsable por el proyecto de ley en su totalidad
- Si se cancelan mis prestaciones del seguro, y continuo recibiendo servicios, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos en su totalidad.
- Tambien estoy de acuerdo en cooperar con la compania de seguros en la presentacion de todas las formas que soliciten. Si lo hacen, y su pago denegado, estoy de acuerdo en pagar la factura en totalidad.

**Las firmas de abajo, es la consideracion de los servicios a ser al prestados por personal L.A. COUNTY NEPHROLOGY ASSOCIATES A MEDICAL CORPORATION paciente nombrado a continuacion se compromete a pagar en demanda, como si de el mismo fuera la obligacion original, todos los cargos de dichos servicios y gastos imprevistos por dicho paciente precios regularmente establecido.**

**COBRETURA de seguro no necesariamenete significa cobertura total, y entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos independientemente de la cobertura de seguro y todos los cargos se deben pagar dentro de 30 dias de la fecha de los servicios prestados.**

**Estamos de acuerdo en que la cuenta se puede poner en la coleccion cuando se convierte 30-dias vencida. Reconozco que he leído lo anterior, y que entiendo los terminos de este acuerdo.**

---

**Firma de Paciente**

---

**Fecha**

**Paciente:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Consentimiento Para dar Información Relacionado Con Mi Salud**

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi autorización a la persona de L.A. COUNTY NEPHROLOGY ASSOCIATES A MEDICAL CORPORATION que den información a las siguientes personas esta informacion incluye informacion de citas y sirugias, laboratorio, rayos x, exámenes y medicamento.

Por favor complete lo siguiente:

Contactos:	Numero de telefono:	Relacion al paciente:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ok Para dejar mensajes/ fax:

SI	No	
_____	_____	Contestador en casa
_____	_____	Número de telefono movil

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



## Formulario de Consentimiento Para el Programa de Prescripción Electrónica

Medicina electrónica la prescripción electrónica es una forma para que los proveedores envíen recetas electrónicas, sin errores y comprensibles desde el consultorio del proveedor a la farmacia. Este programa también incluye:

- Transacciones la historia de medicamentos: Proporcionar, al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite a sus proveedores estar mejor informados sobre posibles problemas médicos y utilizar esa información para mejorarla seguridad y la calidad. Los datos del historial de medicamentos pueden indicar el cumplimiento de los regímenes prescritos, las intervenciones terapéuticas, las reacciones a los medicamentos, las reacciones adversas a los medicamentos y la terapia duplicada.
- La información de medicamentos incluirá los medicamentos recetados por sus proveedores de atención médica que están involucrados en su atención y puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con afecciones de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, abortos, violación/ asalto sexual, subsistencia. Abuso (de drogas y alcohol), genética, enfermedades y VIH/SIDA. Como parte de este formulario de consentimiento, usted autoriza especialmente la divulgación de esta y otra información médica confidencial.

### Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su proveedor de L.A. County Nephrology Associates A Medical Corporation puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/ o pagadores de beneficios de terceros para tener tratamiento. Puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad de recibir atención médica, el pago de su atención médica o sus recibos. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de que lo ha firmado. Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día que de su consentimiento. Tenga en cuenta que esta revocación no tendrá efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Entiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento informado para inscribirme en L.A. COUNTY NEPHROLOGY ASSOCIATES A MEDICAL CORPORATION este programa. He tenido la oportunidad de hacer preguntas han sido respondidas satisfactoriamente

---

Firma del individual (O representante legal)

---

Nombre de los individuos (imprimir)

---

Relación

---

Fecha

**L.A. COUNTY NEPHROLOGY ASSOCIATES A MEDICAL CORPORATION**

**Solicitud Para Limitar Manera y Método**

**De Comunicación Confidencial**

**Sección A:** Paciente debe de completar la siguiente información.

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo solicito recibir comunicación confidencial de L.A. County Nephrology Associates A Medical Corporation una corporación médica acerca de mi condición de salud, cuidado, tratamiento, servicios o pagos en la siguiente manera alternativa y método:

Seleccione:

\_\_\_ Por favor de dejar un mensaje detallado con la persona que contesta el teléfono.

\_\_\_ Por favor no dejar mensaje detallado solamente el numero en el que pudiera regresar la llamada.

\_\_\_ Por favor de NO dejar mensaje de ningún tipo.

Yo entiendo que si LACNA está de acuerdo en comunicarme confidencialmente con mi información de salud en la manera y método como identificado arriba, LACNA puede estar de acuerdo en lo siguiente:

- A. Recibir la información de parte mía de cómo pagar a LACNA por sus servicios.
- B. Especificar de una dirección alternativa o método de contacto.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

**Sección B:** L.A. County Nephrology Associates A Medical Corporation la solicitud de arriba para comunicación confidencial al paciente, vía, manera, y método alternativa y ha sido:

**Aceptada**

**Denegada**

**Comentarios:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de LACNA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACION.  
POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE**

**A. PROPOSITO DE ESTE AVISO**

L.A. County Nephrology Associates A Medical Corporation, esta comprometido a proteger y garantizar la privacidad de su informacion medica, la cual es creada y mantenida en nuestra clinica. Leyes y regulaciones del estado y del gobierno requieren que implementemos reglamentos y normas para asegurar la privacidad de su historial medico. Este aviso le provee informacion acerca de nuestros reglamentos y aplica a todo el historial medico creado y/o mantenido en nuestra clinica, incluida cualquier informacion que recibamos de otro medico , institucion o proveedor de salud. Este aviso describe de que maneras podemos usar y compartir su historial medico y tambien describe sus derechos y obligaciones relacionadas con el uso y distribucion de esa informacion.

Nosotros seguiremos los terminos de este aviso , incluyendo cualquier revision que en el futuro podamos hacer a este aviso como sea autorizado o requerido por la ley. Nos reservamos el derecho de modificar este aviso y de que el cambio o modificacion aplique a la informacion de salud que nosotros tenemos al momento o que podamos recibir en el futuro. Nosotros pondremos un aviso en la oficina anunciando la fecha que tal cambio sera efectivo.

Las regulaciones o normas descritas en este documento seran cumplidas por el siguiente personal :

1. Cualquier profesional de salud autorizado para escribir o documentar informacion en su historial medico creado y /o mantenido en nuestra clinica.
2. Todos los empleados,estudiantes,residentes, enfermera practicante y otros proveedores de salud que tengan acceso a su historial medico en nuestra clinica ; y
3. Cualquier miembro de un grupo voluntario al que se le es permitido ayudar mientras usted recibe servicios en nuestra clinica.

Las personas descritas arriba compartiran informacion acerca de su salud unos con otros con el proposito de tratamiento,pagos y operaciones administrativas como es descrito en este aviso.

**B. USO Y DISTRIBUCION DEL HISTORIAL MEDICO**

1. **Tratamiento, pagos y operaciones administrativas.** Las siguientes secciones describen las diferentes formas en que nosotros podemos usar y distribuir su historial medico con el proposito de tratamiento, colleccion de pago o operaciones administrativas. Nosotros explicamos cada uno de estos propositos e incluimos ejemplos de las clases de uso o distribucion que aplican a cada proposito. No hemos listado cada uno de los usos pero la manera en que usaremos o distribuyamos su historial medica puede estar en cualquiera de estos propositos.
  - a. **Tratamiento.** Podemos usar su historial medica para proveerle tratamiento y servicios medicos. Podemos compartir y discutir su informacion con doctores,enfermeras, enfermeras practicantes, asistentes de enfermeria,tecnicos,estudiantes de medicina y enfermeria, especialistas en terapia de rehabilitacion., o cualquier otro personal que este involucrado en el cuidado de su salud.
  - b. **Pagos.** Podemos usar y compartir su historial medico de tal manera que podamos recibir pagos de usted, la compania de seguros o una tercera persona o entidad por los servicios de cuidado medico que usted recibe de nosotros. Tambien podemos proveer informacion acerca de usted a su compania aseguradora para obtener aprobacion de servicios dados a usted o para determinar si su plan de seguro pagara por el tratamiento.
  - c. **Operaciones administrativas de salud.** Podemos usar y distribuir su historial de salud para poder desempenar funciones educativas y administrativas en nuestra clinica.

**C. USOS Y DISTRIBUCION DE SU HISTORIAL MEDICO EN SITUACIONES ESPECIALES .**

Podemos usar o compartir su historial medico en ciertas situaciones especiales como se describe a continuacion. Para estas situaciones usted tiene el derecho de limitar esos usos y distribucion como lo autoriza el parrafo F de este aviso.

- 1.**Recordatorios de citas.** Podemos usar o compartir su historial medico con el proposito de conseguir informacion acerca de como contactarnos con usted para recordarle acerca de una cita medica.
- 2.**Tratamientos alternativos y productos y servicios de salud.** Podemos usar o compartir su historial medico para conseguir informacion de como ponernos en contacto con usted para informarle de tratamientos alternativos o productos y servicios medicos de interes para usted. Por ejemplo : si usted es diagnosticado con diabetes,nosotros podemos contactarlo para informarle acerca de clases para diabeticos que podemos tener en nuestra clinica.
- 3.**Familiares y amigos.** Podemos compartir su historial medico a individuos ,tales como familiares y amigos que estan involucrados en su cuidado o que estan ayudando a pagar por su atencion medica. Podemos compartir informacion medica cuando : (a) tenemos su aprobacion verbal (b) compartimos la informacion y usted no la contradice (c) podemos asumir segun las circunstancias que usted estaria de acuerdo en que nosotros compartieramos la informacion. Por ejemplo, si su esposa/so entra al consultorio con usted, nosotros asumimos que podemos discutir su informacion con su esposo presente. Tambien podriamos compartir su informacion de salud con familiares o amigos en circunstancias en las cuales es imposible para usted estar en acuerdo o desacuerdo en que nosotros compartamos dicha informacion, siempre y cuando nosotros pensemos que es para su beneficio compartir dicha informacion con los familiares o amigos que estan involucrados en el cuidado de su salud.

**D. OTROS USOS Y DISTRIBUCION PERMITIDOS O REQUERIDOS DE SU HISTORIAL MEDICO**

Existen ciertas circunstancias en las cuales puede ser permitido o requerido por la ley el uso y discusion de su historial medico sin su permiso. Estas circunstancias son :

1. **Requeridas por la ley.** Podemos compartir su informacion medica cuando sea requerido por una ley local o del estado . Por ejemplo,estamos obligados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de compartir su historial medico para permitir que HHS pueda evaluar si estamos cumpliendo con los reglamentos del gobierno.
2. **Actividades de salud publica.** Podemos compartir su informacion medica con autoridades de Salud Publica que tengan autorizacion para recibir y coleccionar informacion medica con el proposito de prevenir o controlar enfermedades, : reportar nacimientos, muertes, sospecha de abuso o abandono, reaccion a medicinas o para facilitar colleccion de productos malos o defectuosos.
3. **Contralores de Salud.** Podemos compartir su historial medico con agencias de salud que estan autorizadas por ley para controlar y supervisar actividades

de salud, incluidas auditorias, investigaciones, inspecciones o encuestas de licencias y certificaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda controlar y supervisar las organizaciones que proveen servicios de salud y asegurarse que dichas organizaciones cumplen con los reglamentos y leyes locales y del estado.

4. **Procesos administrativos y judiciales.** Podemos compartir su historial medico con agencias administrativas y judiciales con autoridad para escuchar y resolver juicios o disputas. Podemos compartir su historial medico siguiendo una orden de la corte, una orden judicial o otro proceso legal emitido por un juez o otra persona involucrada en el juicio, pero solamente si se han hecho esfuerzos par (a) notificarle de la peticion o (aa) obtener una orden protegiendo su historial medico.
5. **Compensation de trabajo.** Podemos compartir informacion con un programa de compensacion al trabajador cuando su enfermedad o herida esta relacionada con su trabajo.
6. **Policia.** Podemos compartir su historial medico en respuesta a una peticion policiaca para reportar actividades criminales o para responder a una demanda judicial.
7. **Patologos y Directores de Funeraria.** Podemos compartir su historial medico con el patologo con el proposito de identificar un cadaver o para determinar la causa de su muerte. Tambien podemos compartir su historial medico con el director de una funeraria para que el/ella pueda desempeñar sus funciones.
8. **Bancos o organizaciones para la busqueda de organos.** Si usted es un donador de organos, podemos compartir su historial medico con la organizacion que maneja el transplante o almacena los organos con el proposito de facilitar tal donacion o transplante.
9. **Investigacion.** Podemos usar o compartir su historial medico para el proposito de investigacion in circunstancias limitadas. Porque todos los proyectos de investigacion entan sujetos a procesos especiales de aprovacion, nosotros no compartiremos su historial medico hasta que el proyecto para el cual su informacion sera utilizada sea aprobado a traves de ese proceso especial. Sin embargo podemos compartir su historial medico con las personas preparandose para conducir la investigacion para ayudarles a identificar pacientes con necesidades medicas especificas que las pueden calificar para participar en el proyecto de investigacion. En la mayoría de los casos, pediremos su permiso para el uso de su historial medico para que el investigador tenga acceso a su nombre y direccion.
10. **En caso de seria amenaza a la salud o seguridad.** Podemos compartir su historial medico cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a la salud o seguridad suya o de otros individuos.
11. **Militares y veteranos.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos compartir su historial medico como sea requerido for las autoridades militares.
12. **Seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Podemos compartir su informacion de salud con oficiales del estado para propósitos de inteligencia o cualquier otra actividad de seguridad nacional como es autorizado por la ley.
13. **Prisioneros.** Si usted es un prisionero o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos discutir o compartir su historial medico con el correccional o official de la ley como sea necesario (a) para el correccional proveerle cuidados de salud (aa) para proteger la salud o seguridad de usted o otra persona; o (aaa) por la seguridad del correccional.

#### **E . USOS PERTINENTES A SU AUTORIZACION ESCRITA**

A excepcion de los propósitos identificados anteriormente en las secciones B / D, nosotros no usaremos o compartiremos su historial medico para cualquier otro propósito a menos que tengamos su autorizacion por escrito. Usted tiene el derecho de revocar una autorizacion escrita a cualquier momento siempre y cuando lo haga por escrito. Si usted revoca su autorizacion nosotros no podemos usar o compartir su historial medico para los propósitos identificados en la autorizacion, a exception de las acciones que hayamos tomado al tiempo de su revocacion.

#### **F. SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU HISTORIAL MEDICO**

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su historial medico. Usted puede aplicar cada uno de estos derechos, por escrito, si completa una forma que puede obtener de la recepcionista. En algunos casos, podemos cobrar gastos relacionados con la informacion que usted ha solicitado. Informacion adicional en como ejercer sus derechos y los costos puede ser obtenida en la Recepcion.

1. **Derecho de revisar y copiar.** Usted tiene el derecho a revisar y copiar su historial medico que pueda ser usada para hacer decisiones acerca de su salud. Nosotros podemos negar su peticion de revisar y copiar su historial medico en ciertas circunstancias limitadas. Si a usted se le niega el acceso a su historial medico usted puede pedir que la peticion sea revisada.
2. **Derecho a corregir.** Usted tiene el derecho a solicitar correcciones en el historial medico que es mantenido en o para nuestra oficina y sea usado para hacer decisiones relacionadas con su salud. Podemos negar su peticion si la peticion no esta hecha apropiadamente o si no incluye las razones para su peticion. Tambien podemos negar su peticion si la documentacion que usted quiere corregir (a) no fue creada por nosotros, a menos que la persona o organizacion que creo la informacion no este disponible para hacer la correccion ; (b) no es parte de la informacion que es mantenida en o para nuestra clinica (c) es parte de la informacion que a usted no se le permite revisar o copiar ; y (d) es verdadera y completa.
3. **Derecho a saber con quien compartimos su historial de salud.** Usted tiene el derecho a ser informado cuando compartimos su historial medico. Esta informacion no incluye informacion compartida con el proposito de tratamiento , pagos o cuidados de salud incluidos en la autorizacion escrita que usted firmo.
4. **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones a su historial medico que pude ser compartido para propósitos de tratamiento, pagos o operaciones de salud. Nosotros tambien tenemos el derecho a solicitar un limite en la cantidad de informacion solicitada por familiares o amigos que estan involucrados en su cuidado medico o pagando su atencion medica. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros no compartamos informacion acerca de tratamiento especifico que usted este recibiendo. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con su peticion. Si estamos de acuerdo ,debe ponerse por escrito y estar firmado por usted y nosotros.
5. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho a pedir que nos comuniquemos con usted en asuntos relacionados con su salud, de determinada manera o lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted unicamente a su trabajo o por correo.
6. **Derecho a tener este aviso por escrito.** Usted tiene derecho a recibir una copia escrita de este aviso. Usted puede pedirnos una copia de este aviso a cualquier momento. En el caso que usted este de acuerdo en recibir este aviso electronicamente, de todas maneras tiene derecho a recibir una copia escrita.

#### **G. PREGUNTAS O RECLAMOS**

Si usted tiene preguntas relacionadas con este aviso o desea recibir mas informacion en nuestras polizas de privacidad, por favor comuniquese con nuestro agente de privacidad al (323) 726-3868. Si usted cree sus derechos a privacidad han sido violados , usted puede presentar una queja o reclamo con nuestra oficina o con la secretaria de el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Para poner una queja o reclamo en nuestra oficina comuniquese con nuestro agente de privacidad en el 3114 W Beverly Blvd, Montebello, CA 90640. Todas las quejas o reclamos deben hacerse por escrito. Usted no sera instigado de ninguna manera por poner una queja o reclamo.