

Estimados Padres:

Para cumplir con las regulaciones de HIPPA, tendremos que hacer cumplir los siguientes procedimientos:

- A todos los Pacientes Pediátricos deberán ser acompañados por un Padre biológico/Padre de Crianza o \* **Guardián Legal**.
- Para los Padres de Crianza deberán tener una copia de la carta de colocación archivada.
- Un formulario autorizado tendrá que ser firmado por un padre biológico, **padre de crianza o guardián legal** (Una orden de la corte necesita ser archivada en nuestro consultorio) si alguien (Por ejemplo, los padrastros, abuelos u otro miembro familiar, niñera, vecino, etc.) en vez de un padre, **\*Guardián legal o padre de crianza es:**
  1. Traer al niño para una visita
  2. Recoger formularios, referencias, etc.
  3. Programar una cita o llamar para un consejo médico
  4. Recepcionista pedirá una identificación con foto a la hora de recoger los formularios o recetas.
- Un formulario autorizado será necesario para nosotros:
  1. Enviar formularios por correo o fax a alguien que no sea los Padres (ejemplo: campamentos, escuela, guardería)
  2. Cumplir con una solicitud de medicamento que se da en la escuela, campamento o guarderías
  3. Transferir los registros de su hijo(a) a otro proveedor fuera de este consultorio al menos en referencias básicas.
  4. Enviar los registros de su hijo(a) a otra persona no mencionada arriba (ejemplo: Compañías de seguro de vida o abogados).
  5. Discutir la atención de su hijo con otra persona que no sea el padre, \*tutor legal u otro trabajador de salud implicados en el cuidado de su hijo.

**Tutor Legal:** Una orden de la corte mostrando la \*tutela legal es necesaria para archivarla en nuestra oficina.

**Descargo de responsabilidad:** En determinadas circunstancias, la ley permite que algunos niños de cierta edad tengan el derecho de consentir el tratamiento sin el consentimiento de los padres. Si tiene preguntas acerca de las Políticas de Privacidad, por favor contacte Oficial de Privacidad de Salud al 503-434-8238

## INFORMACION DE NUEVO PACIENTE

### Horas de oficina:

Lunes a viernes 8:30 am a 5:30 pm con  
Horas de Clínica los sábados: 8:30 am a 12:00 pm (Cuidado Urgente)

### Horas del Laboratorios:

Lunes a viernes 8:30 am a 5:30 pm  
Horas de Clínica los sábados: 9:00 am a 12:00 pm

### Horario de oficina:

Lunes a viernes 8:30 am a 5:30 pm

### Horas de Rayos-X:

Lunes a viernes 9:00 am a 5:30 pm  
(Cerrado de 12:30 pm a 1:30 pm)

### Prescripciones:

Después de su visita inicial puede solicitar un relleno en su prescripción llamando a su farmacia. Le pedimos que usted de 48-72 horas para completar su pedido de la farmacia.

### Cuando esté cerrado:

Llame al 503-472-6161 para la información del Médico de Guardia  
Llame al 1-877-820-1307 Asistencia de servicio de contestadora

Padre, madre o tutor legal deberá acompañar a los nuevos pacientes menores de 18 años. Los tutores deben proporcionar una copia de la tutela de la documentación en el momento de la visita.

Padres de crianza deberán acompañar a todos los nuevos pacientes menores de 18 años. Padres de crianza deberán proporcionar copia de la carta de colocación en el momento de la visita.

Se le pedirá en recepción una identificación con foto y tarjeta de seguridad en cada visita para cumplir con la Comisión Federal de Comercio para la Prevención de Robo en Bandera de la Regla Roja (**Federal Trade Commission's Theft Prevention Red flag Rule**)

Ofrecemos un sitio web y Portal del Paciente que permite acceder parte de su historial médico, así como la comunicación entre usted y su proveedor de atención médica, resultado de su prueba, la habilidad de preguntar sobre su factura, solicitar una cita y mucho más.

# Physicians' Medical Center, P.C.

## Aviso: Privacidad Del Paciente

\*\*\*

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y proveer Un AVISO por escrito describiendo:

### COMO PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y TENER ACCESO A ESA INFORMACION.

- \* Podemos utilizar o divulgar a otros su información médica para proporcionar o coordinar su atención médica, el pago por el reembolso de la atención que proporcionamos, y las actividades administrativas relacionadas con su tratamiento.
- \* Quizás nos requieran o permitan ciertas leyes, regulaciones o circunstancias a usar y divulgar su información médica sin su autorización. Bajo otras circunstancias, necesitaremos su autorización por escrito (Que puede revocar después) para uso o divulgación de su información médica.
- \* Como paciente, usted tiene derechos importantes relacionados con la inspección y copia de su información médica que mantenemos, modificar o corregir esa información, obtener una cuenta de divulgación de su información médica, solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, solicitar que restringir ciertos usos y divulgaciones de su información médica, y quejarse si usted piensa que sus derechos han sido violados.
- \* Tenemos disponible un AVISO DE PRÁCTICA detallado que explica completamente su derecho y nuestra obligación según la ley. Podemos editar nuestro AVISO de vez en cuando. La FECHA DE EFECTIVIDAD que aparece en la parte superior derecha de esta página indica la fecha del aviso más reciente en vigencia.
- \* Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro AVISO más reciente en vigencia. Si aún no ha recibido una copia de nuestro AVISO actual, solicítelo en recepción y le proporcionaremos una copia.
- \* Si tiene preguntas, preocupaciones o quejas acerca de este AVISO o información médica, por favor contacte a nuestro oficial de privacidad al (503) 472-6161.

# La Política Financiera

Physician's medical center, P.C

**Estado de cuenta mensuales:** Si tiene un saldo en su cuenta, le enviaremos un informe de su estado de cuenta del mes. Se mostrara por separado el saldo que el paciente debe, cualquier cargo pendiente a su seguridad, el cobro de re facturación, o cualquier, o algún pago o crédito aplicado a su cuenta.

Sino tiene seguro médico: Deberá pagar en \_\_efectivo, \_\_cheque, \_\_tarjeta de crédito el día en el cual el tratamiento fue dado. Si usted no puede dar el pago completo y debe ser visto hoy (urgente), se espera que llegue a un arreglo de pago con nuestras oficinas de negocios.

**Si tiene seguro médico:** Deberá pagar en \_\_efectivo, \_\_cheque, \_\_tarjeta de crédito deberá pagar su Co pago el día de su cita. Cualquier Co pago requerido por su seguro médico debe ser pagado el día de su cita. Si no puede pagar su Co pago el día de su cita habrá un cobro de \$8.00.

**Pagos:** Al menos que otros arreglos fueron realizados en la oficina de negocios, El saldo en su estado de cuenta debe pagarse cuando este haya sido facturado, y si no paga en 60 días será factura atrasada.

**Cargo en su cuenta:** Tenemos el derecho a cancelar su privilegio haciendo cargos en contra de su cuenta en cualquier momento. Próximas citas tendrán que ser pagadas el mismo día de su cita.

**Seguro Médico:** Es su responsabilidad controlar sus beneficios y máximo anual. Estaremos encantados de ayudarle con cualquier reenvío. La compañía de seguros hace la determinación final de su elegibilidad. Usted acepta pagar cualquier porción de los cargos no pagados por el seguro médico. Si usted tiene el plan HMO es su responsabilidad saber y entender su plan HMO. Generalmente, esos planes requieren pagos de Co Pagos en la cita.

**Divorcio:** En caso de divorcio o separación, la persona responsable antes del divorcio o separación permanece como responsable en la cuenta. Después del divorcio o separación, los padres que autorizados del tratamiento del hijo(a) será el padre responsable de los cargos futuros.

**Compensación del trabajador:** facturaremos al seguro de compensación del trabajador si usted nos provee con esa información. Tendrá usted que completar el formulario 827 con nosotros. Si su reclamo es negado, usted será responsable de dar el pago completo. Si usted nos notifica que se lesiono en el trabajo y después decide no reclamar como fue por lesión en el trabajo estamos legalmente responsables en notificar a su seguro de compensación del trabajador.

**Renuncia de confidencialidad:** Usted entiende que esta cuenta es sometido a la agencia de colección y su estado de cuenta atrasada es reportado a la agencia de credit-reporting, el hecho de que recibió el tratamiento en la clínica puede convertirse en un asunto de registro público.

**Fecha Efectiva:** Una vez firmado ese acuerdo, usted está de acuerdo con todos los términos y condiciones aquí contenido y acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

Por favor Impresión		Informacion del Paciente		Physicians' Medical Center	
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	SEXO: masculino    femenino Fecha de Nacimiento:		
Direccion	Calle/ Apartado de postal	Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Seguro Social #	Licencia del conductor & Estado		Telefono: _____ Email: _____		
Nombre de Empleador	Direccion	Telefono #	Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Email    or <input type="checkbox"/> Telefono		
Nombre del esposo/esposa	Patron del esposo/esposa	Telefono #	Medico primario del cuidado		
Nombre del contacto de la emergencia no en la misma casa / Telefono #					
<b>Informacion de la Persona Responsable/Guardian</b>					
Apellido	Nombre	Segundo Nombre			
Direccion calle/apartado postal	Ciudad	Estado	Codigo Postal		
Numero De Telefono de casa	Seguro Social #	Licencia Del Conductor #			
Nombre de empleador	Fecha de Nacimiento	Numero De Telefono Del Patron			
<b>Informacion Del Seguro Medico</b>					
Nombre del seguro medico	Grupo/ PLAN #	Numero del miembro o Identificacion #			
Direccion	Nombre del Asegurado / Suscriptor Apellido		Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre del seguro medico segundo	Grupo/ Plan #	Nombre del Asegurado/ Suscriptor			
Direccion	Nombre del Asegurado / Suscriptor Apellido		Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento
<b>LEA POR FAVOR ESTA DECLARACION CUIDADOSAMENTE Y FIRME EN EL FONDO</b>					
La informacion que he proporcionado es completa y verdad a mi conocimiento. Autorizo por este medio a medicos. Dentro medico, P.C., y mi compania de seguros para intercambiar cualquier informacion que cualquier parte pueda solicitar referente mis demandas y cuidado. Tambien autorizo todo los pagos del seguro para ser asignado directamente a los medicos Del Centro Medico., P.C. Reconozco que soy financieramente responsable del pago de todas los cargos si o no mi seguro los cubren. Firmando abajo tambien convengo las condiciones siguientes:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Balances de la cuenta sobre 60 dias seran determinados un honorario que refactura mensual.</li> <li>• Los cheques sin fondos seran cargados \$25.00.</li> <li>• Co-paga no hecho a la hora de servicio sera cargado un honorario de proceso adicional \$8.00.</li> <li>• La falta de cancelar la cita 24 horas dara lugar por adelantado a un honorario \$25.00.</li> <li>• Las formas de la inhabilidad y del tiempo-pérdido seran cargadas \$25.00 cuando no son terminadas por el medico a la hora de una vista de la oficina.</li> <li>• Las cuentas atrasadas seran asignadas a un credito que divulga servicio de la coleccion y seña responsable de todo los costos de la actividad de la coleccion incluyendo honorario razonables del abogado.</li> <li>• El Centro Medico P.C. reserva el derecho de terminarme de la practica para que la falta se conforme con estas condiciones.</li> <li>• Estay de acuerdo participar en el programa PHPCH cuando es aplicable</li> </ul>					
Firma _____			Fecha _____		
Testigo _____			Fecha _____		
Revised 3/2010		(Firma de la Recepcionista)		Gracias                      Porfavor lea la pagina de atras	

# Physicians' Medical Centers

## Declaración de Calendario de Inmunización

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

Physicians' Medical Center (PMC) sigue el calendario de vacunación establecido por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (CAPI). Este programa cuenta con el apoyo de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Médicos de Familia (AAMP).

Todos los proveedores en PMC apoyan el horario de los CDC y continuarán alentando a vacunar completamente a su hijo. Si decide lo contrario, programe una cita con su proveedor para discutir. Esta cita le dará la oportunidad de abordar preguntas o inquietudes que pueda tener. Si tiene un horario alternativo, queremos que lo acompañe a cada cita. No elegiremos la preferencia de una vacuna sobre otra y recomendaremos todas las vacunas en el momento adecuado.

Una vez que el proveedor revise el programa en su cita, puede ser posible recibir vacunas en la visita con la enfermera.

Las citas con un proveedor serán necesarias si:

- Hay cambios en el calendario pre-revisado.
- Su hijo no está al día en los exámenes de niño sano.
- Hay preguntas o inquietudes que surgen con el registro de vacunas

A continuación se presentan los recursos para las inmunizaciones: [www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html](http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html)

- o Puede usar las herramientas de programación proporcionadas en este sitio web para ayudar a crear su programa de actualización.
- [www.cdc.gov/vaccines/parents](http://www.cdc.gov/vaccines/parents)
- [www.vaccineinformation.org](http://www.vaccineinformation.org)
- [www.aap.org](http://www.aap.org)
- [www.aafp.org](http://www.aafp.org)
- [www.vaccine.chop.edu](http://www.vaccine.chop.edu)

Nuestro objetivo en PMC es brindar a su familia la mejor atención médica posible. Creemos que la medicina basada en la evidencia es la mejor manera de brindar atención de calidad a nuestros pacientes.

Si desea obtener más información, comuníquese con nuestra oficina al (503) 472-6161.

He leído la declaración anterior y entiendo la declaración del calendario de vacunación del Centro Médico del Médico:

\_\_\_\_\_  
(Padre/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Relación del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

# Nuevo paquete de paciente pediátrico

Por favor llene todas las preguntas de la forma más apropiada y honesta que pueda.

Nombre del Hijo(a):	Apodo:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Ciudad:	Estado:
Teléfono Principal:	Celular:	
Correo electrónico para el acceso al Portal:	Idioma Principal:	
Identidad de Género:	Orientación Sexual:	

Hogar- Haga una lista de TODAS las personas que viven en el hogar; pariente o no pariente.			
Nombres:	Fecha de nacimiento:	Relación:	Ocupación (si es aplicable)
Si no están en la lista de arriba, por favor enliste los padres biológicos o hermanos.			

Historia de nacimiento
En qué hospital el paciente nació: _____ ¿cuantos semanas tenía cuando nació su hijo(a)? _____
Parto: Vaginal _____ Cesárea _____ ¿Complicaciones con el embarazo? _____
Peso de peso de nacimiento: ___ Lbs ___ oz Vitamina K: SI O NO Hepatitis B: SI O NO
¿Fumó durante el embarazo? _____ ¿Uso de alcohol o Drogas? _____
Medicamentos tomados durante el embarazo: _____
¿Él bebe tuvo que ser hospitalizado por algo cuando nació? _____

Información general para nuestros registros (si es aplicable)
¿Considera que su hijo goza de buena salud? _____
¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o condición médica? _____
¿Su hijo ha tenido lesiones graves o accidentes? _____
¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? _____
¿Ha sido hospitalizado durante la noche? _____
¿Medicamentos que tome todos los días? _____
¿Alergia a <b>ALGUN</b> medicamento? _____
¿Alergias ambientales o alimentos? _____
¿Dentista que el niño ve? _____
¿Cualquier otro proveedor que el paciente ve? _____
¿Vacunas actualizadas? si no, por favor explique: _____

**Desarrollo (si es aplicable)**

Qué escuela (o guardería) y grado en la escuela: \_\_\_\_\_

Alguna ayuda especial o recurso que se necesitan en la escuela, ex: IEP o plan 504 \_\_\_\_\_

¿Alguna inquietud sobre el desarrollo físico de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Alguna inquietud sobre el desarrollo mental o emocional de su hijo? \_\_\_\_\_

**Ejemplo:**

Historia del Paciente y familia –POR FAVOR, sólo incluya madre, padre y hermanos de sangre.			
ADHD	X		Padre del paciente

**Historia del Paciente y familia –POR FAVOR, sólo incluya madre, padre y hermanos de sangre.**

Problema	SI	No	¿Quién?	Comentarios
ADHD				
Alergias/ Fiebre de heno				
Anemia				
Artritis				
Asma				
Sordera				
Problemas del Corazón				
Problemas de la Vista				
Infecciones de oído frecuentes				
Varicela				
Diabetes				
Epilepsia				
Presión Arterial Alta				
Colesterol alto				
Enfermedades del Riñón o Hígado				
Enfermedad Mental o Depresión				
Enfermedad de la tiroides				
Abuso de Alcohol o Drogas				
Cáncer(es)				
Autismo				
Condición en la piel				
Dolores de cabeza frecuentes				
Estreñimiento / Abdominal dolor				
Moja la cama (después de los 5 años de edad)				
Algunos otros problemas significativos				



**Ambiente de la casa - por favor revise todos los elementos que se apliquen a su hogar.**

- Agua de Pozo
- Agua de la ciudad
- Detectores de humo
- Detectores de monóxido de carbono
- Mascotas
- ¿Tiene problemas de transportación?
- ¿fumadores en casa, o afuera?
- ¿Necesita ayuda encontrando recursos para su hijo(a) o familia?
- ¿Necesita ayuda en comprender los medicamentos de su hijo(a)?
- ¿Necesita ayuda extra para el diagnóstico de su hijo(a)?
- ¿tiene un hijo(a) que necesita ayuda?

**Nombre del Paciente/Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

PHYSICIANS' MEDICAL CENTER, P.C.  
2435 NE Cumulus Avenue Suite A  
MCMINNVILLE, OR 97128  
TELÉFONO (503) 472-6161 FAX (503) 434-6290

**AUTORIZACIÓN** Para el uso y liberación de información salud protegida. Todas las secciones de la autorización deben ser completadas o la autorización no será aceptada.

**Autorizo:**

\_\_\_\_\_  
(Physicians' Medical Center o el nombre del proveedor autorizado para liberar información )

\_\_\_\_\_  
(Domicilio de la persona / entidad)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código postal)

**Para usar y liberar una copia específica de la información de salud descrita a continuación acerca con:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento) ( Número del seguro social)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

**Consiste en: fechas de información de cuidado de salud para ser liberadas: De \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_**

(Marque todas las que apliquen)

_____ Notas de la Clínica	_____ Reportes de consulta
_____ Historial y examen físico	_____ Reportes operativos
_____ Resumen de Descarga (dado de alta)	_____ Imágenes Rayos X/Diagnósticos
_____ Reportes de los laboratorios (análisis)	_____ EEG, Electrocardiograma
_____ Otro _____	

**Para:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Doctor, Practica, Agencia o Persona que recibe la información de Salud)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio del Recipiente)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

**Propósito de la solicitud:** \_\_\_\_ Tratamiento/Consulta \_\_\_\_ Transferencia de cuidado \_\_\_\_ Facturación o Reclamo \_\_\_\_ A petición del Paciente

Otro: \_\_\_\_\_

**Abuso de Drogas y/o Alcohol, y/o Psiquiátrico, y/o VIH/SIDA liberación de registros :**

Entiendo que mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia a: abuso de drogas y/o alcohol, cuidado psiquiátrico, enfermedades de transmisión sexual, prueba de Hepatitis, prueba genéticas, y/o información sensible, estoy de acuerdo en liberar.

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Iniciales \_\_\_\_\_

Entiendo que mis registros médicos o de facturación contiene información en referencia a VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) prueba y/o tratamiento, estoy de acuerdo en liberar. \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Iniciales \_\_\_\_\_

**Límite de tiempo y el derecho de revocar autorización:** Esta autorización es voluntaria, usted puede rechazar la firma de esta autorización. El rechazo a la firmar de la autorización no afecta la habilidad de recibir los servicios de cuidado de salud al menos que especifique arriba en el propósito de la solicitud. Usted puede revocar esta autorización por escrito a cualquier momento. Si usted revoca su autorización, la información descrita arriba no podrá ser usada o liberada para los propósitos detallados en la autorización por escrito. La única excepción es cuando la cubierta de entidad tome acción en la dependencia de la autorización o si la liberación fue obtenida en condición para obtener cobertura de salud. Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración al oficial de privacidad de 2435 NE Cumulus Ave., Suite A, McMinnville, Oregon 97128 y diga que revoca esta autorización.

**Re-liberación:** Yo entiendo que la información usada y liberada en virtud de esta autorización puede ser sujeta a re-liberar y no estará protegida bajo la ley federal. Sin embargo, yo también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la re-liberación a la información de VIH/SIDA, información de salud mental, información genética y/o diagnosis de droga/alcohol, tratamiento o información de referencia.

**He leído esta autorización y lo he entendido.**

A menos que revoque esta autorización vencerá en 180 días o en la siguiente fecha o evento: el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

La Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o del representante legal autorizado)

Descripción de relación del paciente: \_\_\_\_\_  Quiero los registros por correo

Office Use Only: Processed by \_\_\_\_\_ (Employee Name) Date \_\_\_\_\_  
Mailed  Faxed  Other: \_\_\_\_\_

# RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que los médicos de este Centro médico, P.C. (designados abajo como esta practica) utilizará y divulgará la información de la salud sobre mí.

Entiendo que mi información de la salud puede incluir la información creada y recibida por la práctica, puede estar en la forma de expedientes escritos o electrónicos o de palabras habladas, y puede incluir la información sobre mi historia de la salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de la prueba, diagnosis, tratamientos, procedimientos, prescripciones, y tipos similares de información relativa a la salud.

Entiendo y convengo que esta práctica puede utilizar y divulgar mi información de la salud para:

- tomar decisiones sobre y planear para mi cuidado y tratamiento;
- referirse, consultarse, coordinar cuidado y manejar su cuidado con otros proveedores del cuidado médico para mi cuidado y tratamiento
- determina mi elegibilidad para la cobertura del plan o de seguro de la salud, y somete las cuentas, las demandas y la otra información relacionada a las compañías o a otras de seguros que pueden ser responsables de pagar un cierto o todos mis cuidados médicos; y
- realice las varias funciones con las cuales apoye los esfuerzos de mis doctores de proporcionarme, arreglarse y ser reembolsado por la calidad, cuidado médico de la oficina, administrativas y del negocio rentable

También entiendo que tengo el derecho de recibir y de repasar una descripción escrita de cómo esta práctica manejará la información de la salud sobre mí. Se sabe esta descripción escrita como un aviso de la privacidad practica y describe las aplicaciones y los accesos de la información de los hechos y de las prácticas de la información seguidas por los empleados, el personal y el otro personal de la oficina de esta práctica, y mis derechos con respecto a mi información de la salud.

Entiendo que el aviso de las prácticas de la privacidad se puede revisar a partir del tiempo al tiempo, y que me dan derecho a recibir una copia de cualquier aviso revisado de la practica de privacidad. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más actual de este aviso de prácticas de privacidad en efecto será fijada en área de espera/reception.

Entiendo que tengo el derecho de preguntar que una cierta o todo mi información de la salud no ser utilizada o no ser divulgada en la manera descrita en el aviso de las prácticas de la privacidad, y yo entiendo que esta práctica no es requerida por la ley de convenir a tales peticiones

Firmando abajo, convengo que he repasado y entiendo la información arriba y que he recibido una copia del aviso de las prácticas de la privacidad.

_____	Fecha de nacimiento: _____
<b>Nombre del Paciente</b>	
_____	<b>Fecha:</b> _____
<b>(Firma del Paciente)</b>	

Por: _____	Fecha: _____
(Representante del paciente)	
<b>Descripción de la autoridad de los representates</b> _____	

PERSONA DE CONTACTO ALTERNATIVO  
PHYSICIANS MEDICAL CENTER, P.C

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente (molde)                      fecha de nacimiento                      número de teléfono

- Consentimiento de adultos (Edad 18 años mayor):** Doy mi permiso para que Physicians Medical Center, P.C discuta mi cuidado médico incluyendo laboratorios y Radiografías, tratamiento e información de facturación con la siguiente persona(s) de contacto enlistados abajo:
- Consentimiento de hijo menor (menor de 18 años de edad):** Doy mi permiso para que Physicians Medical Center, P.C discuta mi cuidado médico incluyendo laboratorios y Radiografías, tratamiento e información de facturación con la siguiente persona(s) de contacto enlistados abajo:

\_\_\_\_\_  
Nombre persona de                      Relación                      Quien puede ser contactado al                      # de teléfono  
Contacto alternativo

\_\_\_\_\_  
Nombre persona de                      Relación                      Quien puede ser contactado al                      # de teléfono  
Contacto alternativo

También doy permiso para la persona de contacto alternativo enlistada arriba para recoger los papeles siguientes de mi parte.

Registro de facturas	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Resultados de Laboratorios	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Reportes de Rayos X	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Visitas a la oficina	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Consultaciones	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO					
Prescripciones	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO					

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor                      Relación (si es otra persona)                      Fecha

PERSONA DE CONTACTO ALTERNATIVO  
PHYSICIANS MEDICAL CENTER, P.C

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente (molde)                      fecha de nacimiento                      número de teléfono

- Consentimiento de adultos (Edad 18 años mayor):** Doy mi permiso para que Physicians Medical Center, P.C discuta mi cuidado médico incluyendo laboratorios y Radiografías, tratamiento e información de facturación con la siguiente persona(s) de contacto enlistados abajo:
- Consentimiento de hijo menor (menor de 18 años de edad):** Doy mi permiso para que Physicians Medical Center, P.C discuta mi cuidado médico incluyendo laboratorios y Radiografías, tratamiento e información de facturación con la siguiente persona(s) de contacto enlistados abajo:

\_\_\_\_\_  
Nombre persona de                      Relación                      Quien puede ser contactado al                      # de teléfono  
Contacto alternativo

\_\_\_\_\_  
Nombre persona de                      Relación                      Quien puede ser contactado al                      # de teléfono  
Contacto alternativo

También doy permiso para la persona de contacto alternativo enlistada arriba para recoger los papeles siguientes de mi parte.

Registro de facturas	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Resultados de Laboratorios	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Reportes de Rayos X	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Visitas a la oficina	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Consultaciones	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO					
Prescripciones	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO					

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor                      Relación (si es otra persona)                      Fecha