

# INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

**Nota: Este formulario debe completarse de modo manual o desde su computadora. Para completarlo desde la computadora: 1. Típee su respuesta en cada campo. 2. Guarde su trabajo con frecuencia en su computadora o dispositivo. 3. Imprima el formulario completo y llévelo con usted a su primera cita.**

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE                                                                                                          |                                           |                              |                                             |                                                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|
| NOMBRE (PRIMERO, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)                                                                            |                                           |                              | NSS                                         | FECHA DE NACIMIENTO                                | SEXO<br>M F            |
| DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL                                                                                                        |                                           | DPTO. N.º                    | CIUDAD                                      | ESTADO                                             | CÓDIGO POSTAL          |
| TELÉFONO PARTICULAR: XXX-XXX-XXXX                                                                                                 | TELÉFONO LABORAL: XXX-XXX-XXXX            | CELL PHONE XXX-XXX-XXXX      |                                             | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (EXAMPLE@TEST.COM) |                        |
| MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (OBLIGATORIO)<br>LÍNEA MÓVIL LÍNEA PARTICULAR LÍNEA LABORAL<br>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO TEXTO |                                           | ESTADO CIVIL                 | RAZA                                        | ETNIA                                              | IDIOMA                 |
| EMPLEADOR PRINCIPAL                                                                                                               |                                           |                              | CONTACTO DE EMERGENCIA                      |                                                    | TELÉFONO DE EMERGENCIA |
| DIRECCIÓN                                                                                                                         |                                           | OFICINA N.º                  | A QUIÉN PODEMOS DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA |                                                    |                        |
| CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL                                                                                                     |                                           |                              | MÉDICO DE CABECERA                          |                                                    |                        |
| OCUPACIÓN                                                                                                                         | MODALIDAD DE TRABAJO<br>TC MT DESEMPLEADO |                              | MÉDICO QUE DERIVA                           |                                                    |                        |
| GARANTE/PARTE RESPONSABLE (En caso de que no sea el paciente)                                                                     |                                           |                              |                                             |                                                    |                        |
| NOMBRE (PRIMERO, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)                                                                            |                                           |                              | NSS                                         | FECHA DE NACIMIENTO                                | SEXO<br>M F            |
| DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL                                                                                                        |                                           |                              | CIUDAD                                      | ESTADO                                             | CÓDIGO POSTAL          |
| TELÉFONO PARTICULAR: XXX-XXX-XXXX                                                                                                 | TELÉFONO LABORAL: XXX-XXX-XXXX            | TELÉFONO MÓVIL: XXX-XXX-XXXX |                                             | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (EXAMPLE@TEST.COM) |                        |
| MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (OBLIGATORIO)<br>LÍNEA MÓVIL LÍNEA PARTICULAR LÍNEA LABORAL<br>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO TEXTO |                                           | RELACIÓN CON EL PACIENTE     |                                             |                                                    |                        |
| SEGURO PRINCIPAL                                                                                                                  |                                           |                              |                                             |                                                    |                        |
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA                                                                                                 |                                           |                              | PÓLIZA N.º                                  |                                                    |                        |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA                                                                                                   |                                           |                              | FECHA DE NACIMIENTO                         | GRUPO N.º                                          |                        |
| RELACIÓN CON EL PACIENTE                                                                                                          |                                           |                              | FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA                | NOMBRE DEL GRUPO                                   |                        |
| SECONDARY INSURANCE                                                                                                               |                                           |                              |                                             |                                                    |                        |
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA                                                                                                 |                                           |                              | PÓLIZA N.º                                  |                                                    |                        |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA                                                                                                   |                                           |                              | FECHA DE NACIMIENTO                         | GRUPO N.º                                          |                        |
| RELACIÓN CON EL PACIENTE                                                                                                          |                                           |                              | FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA                | NOMBRE DEL GRUPO                                   |                        |

**POLÍTICA FINANCIERA:** se espera el abono del pago en su totalidad o copago al momento de la prestación del servicio. Los servicios prestados que no formen parte de un beneficio de su plan de salud con cobertura correrán a su propia cuenta y cargo. Es posible que se le solicite, asimismo, abonar un monto deducible, coseguro e insumos al momento de la prestación del servicio. En el caso de los pacientes sin cobertura, el pago vencerá al momento de la prestación del servicio. En esta categoría se incluyen las interconsultas urológicas iniciales, las consultas médicas, los medicamentos, los insumos y los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos. Se le proporcionará un costo aproximado de los servicios anticipados al momento de programar su cita o procedimiento. El pago deberá efectuarse en efectivo, mediante cheque o con tarjeta de crédito. Las excepciones a esta política se concederán en función de la urgencia y gravedad de su estado de salud, y a ningún paciente se le negará atención médica de urgencia.

## CARGOS ADICIONALES DE LA OFICINA NO CUBIERTOS POR EL SEGURO INCLUYEN:

**Cargo por cita no presentada** \$50.00 – (Las cancelaciones requieren un aviso con 24 horas de anticipación. Después de la segunda inasistencia resultará en baja de la práctica).

**Cargo por cancelación el mismo día** \$25/\$50 – (Citas de seguimiento: \$25.00; Procedimientos: \$50.00).

**Cargo por formularios** \$25.00 – (Los formularios incluyen: incapacidad, seguro de vida, seguro de salud, servicio de jurado, vivienda asistida y licencias de ausencia).

**Cargo por cheques devueltos** \$25.00

Toda consulta vinculada a la presente política deberá presentarse ante la Oficina de Administración de Urology Associates of the Central Coast (225 Prado Rd. Ste. D, San Luis Obispo, CA 93401 (805) 786-2500)

**TRATAMIENTO/DIVULGAR INFORMACIÓN:** Confiero a Urology Associates of the Central Coast la facultad de administrar tratamiento médico y llevar a cabo procedimientos médicos, según corresponda; y la autoridad para acceder a la Información de salud privada (PHI en inglés) mediante el Intercambio de información médica (HIE en inglés) que incluye, de manera enunciativa pero no limitativa, registros de farmacias, de hospitales y de otros médicos en relación con mi atención. Autorizo la divulgación de información médica a mi aseguradora, o a los representantes de la aseguradora, a fin de procesar mis pagos en concepto de los servicios prestados. A mi leal saber y entender, toda la información que aparece anteriormente es verdadera y correcta.

**CESIÓN DE BENEFICIOS:** Por la presente, cedo todos los beneficios a pagar por la compañía aseguradora a Urology Associates of the Central Coast.

FIRMA DEL PACIENTE/PARTE RESPONSABLE

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

# HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS ACTUALES

| NOMBRE             | DOSIS     | FRECUENCIA |
|--------------------|-----------|------------|
| 1.                 |           |            |
| 2.                 |           |            |
| 3.                 |           |            |
| 4.                 |           |            |
| 5.                 |           |            |
| 6.                 |           |            |
| FARMACIA PREFERIDA | UBICACIÓN |            |

## ALERGIAS ¿Tiene alguna alergia a los medicamentos?

| NOMBRE | DOSIS | FRECUENCIA |
|--------|-------|------------|
| 1.     |       |            |
| 2.     |       |            |
| 3.     |       |            |
| 4.     |       |            |

## REVISIÓN DE SISTEMAS Indique si está experimentando lo siguiente ahora o en los últimos años.

|                                          |                                                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Ansiedad                                 | Frecuencia Cardíaca (Irregular/Rápida)          |
| Cambio en el apetito                     | Calores                                         |
| Entumecimiento De Los Brazos/Piernas     | Náuseas/Vómitos                                 |
| Dolor De Espalda                         | Sudoración Nocturna                             |
| Heces Con Sangre                         | Erupción                                        |
| Dolor En Los Huesos O Las Articulaciones | Disfunción Sexual                               |
| Hematomas O Sangrado (Excesivo)          | Estado De Estrés En El Hogar/Trabajo (Excesivo) |
| Dolor Torácico                           | Dificultad Para Tragar                          |
| Estreñimiento/Diarrea                    | Dificultad Para Orinar                          |
| Tos (Persistente)                        | Incontinencia Urinaria                          |
| Depresión                                | Problemas De Visión                             |
| Desmayo/Lipotimia                        | Sibilancias/Falta De Aire                       |
| Fiebre/Escalofríos                       | Cambio en el peso – Involuntario                |
| Hinchazón De Pies/Tobillo                | Otros: _____                                    |
| Problemas De Audición                    | _____                                           |

## HISTORIAL QUIRÚRGICO ANTERIOR

| FECHA | TIPO DE CIRUGÍA |
|-------|-----------------|
|       |                 |
|       |                 |
|       |                 |
|       |                 |

# HISTORIAL DE SALUDA

PATIENT NAME \_\_\_\_\_

BIRTH DATE \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR (MARCAR TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

|                                        |                                 |
|----------------------------------------|---------------------------------|
| Articulación Artificial                | Enfermedad Renal                |
| Asma                                   | Infección Renal                 |
| Infección De La Vesícula Biliar        | Riñón Solitario                 |
| Infección De La Vesícula Biliar        | Cálculos Renales                |
| Morbus Sanguinis                       | Enfermedad Hepática             |
| Orina Con Sangre                       | Enfermedad Pulmonar             |
| Cáncer Tipo: _____                     | Trastorno Mental                |
| Diabetes Tipo: _____                   | Trastorno Neurológico           |
| Glaucoma Tipo: _____                   | Prótesis Tipo: _____            |
| Gota                                   | Marcapasos                      |
| Ataque Cardíaco                        | Fiebre Reumática                |
| Enfermedad Cardíaca                    | Convulsiones                    |
| Arritmia                               | Accidente Cerebrovascular       |
| Enfermedad De Las Válvulas Del Corazón | Úlceras                         |
| Hepatitis                              | Infección De Transmisión Sexual |
| Hernia                                 | Otras: _____                    |
| Presión Arterial Alta                  | _____                           |
| Vih Sida                               | _____                           |

## HISTORIA FAMILIAR ¿Alguno de sus parientes directos ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar todas las que correspondan).

|                          |       |         |         |                       |       |         |         |
|--------------------------|-------|---------|---------|-----------------------|-------|---------|---------|
| Madre                    | Padre | Hermana | Hermano | Madre                 | Padre | Hermana | Hermano |
| Problemas de coagulación |       |         |         | Presión arterial alta |       |         |         |
| Cáncer, Tipo: _____      |       |         |         | Cálculos renales      |       |         |         |
| Diabetes                 |       |         |         | Otros _____           |       |         |         |

## HISTORIA SOCIAL

|                       |                                                                            |                         |        |     |             |                         |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|-----|-------------|-------------------------|
| Consumo de alcohol    | N.º DE BEBIDAS                                                             | POR                     |        |     | N.º DE AÑOS | ÚLTIMA VEZ QUE CONSUMIÓ |
| PRESENTE PASADO NUNCA |                                                                            | DÍA                     | SEMANA | MES |             |                         |
| Consumo de tabaco     | TIPO                                                                       | N.º DE PAQUETES POR DÍA |        |     | N.º DE AÑOS | ÚLTIMA VEZ QUE CONSUMIÓ |
| PRESENTE PASADO NUNCA |                                                                            |                         |        |     |             |                         |
| Consumo de drogas     | TIPO                                                                       |                         |        |     | N.º DE AÑOS | ÚLTIMA VEZ QUE CONSUMIÓ |
| PRESENTE PASADO NUNCA |                                                                            |                         |        |     |             |                         |
| PATIENT OCCUPATION    | Estado                                                                     |                         |        |     |             |                         |
|                       | TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO DISCAPACITADO JUBILADO ESTUDIANTE DESEMPLEADO |                         |        |     |             |                         |
| Marital Status        | SOLTERO CASADO CONCUBINATO SEPARADO NUNCA CASADO DIVORCIADO VIUDO          | CANTIDAD DE HIJOS       |        |     |             |                         |
| Ejercicio Si No       | TIPO                                                                       | VECES POR SEMANA        |        |     |             |                         |

ÚNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

## UROLOGY ASSOCIATES OF THE CENTRAL COAST NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

**Funcionario de Confidencialidad:** Samuel B. Kieley, 805-786-2500, ext. 105

**Fecha de entrada en vigencia:** 21 de julio, 2017

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE EL MODO EN QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y EL MODO EN QUE PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LÉALA CON SUMA ATENCIÓN.

*Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Elaboramos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir dichos registros de otros. Utilizamos estos registros para brindar y ayudar a otros proveedores de atención médica a brindar un servicio de calidad, para obtener el pago por los servicios prestados, según lo permitido por su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales y, así, poder operar este consultorio médico de manera adecuada. Por ley se nos exige mantener la confidencialidad de la información médica protegida y notificar os individuos sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de confidencialidad con respecto a la información de salud protegida. La presente notificación describe el modo en que podemos utilizar y divulgar su información médica, y sus derechos y nuestras obligaciones legales respecto de su información médica. En caso de que tenga preguntas sobre esta notificación, comuníquese con el Funcionario de Confidencialidad que figura anteriormente.*

**A. De qué manera este consultorio médico puede usar o divulgar su información médica.**

Este consultorio médico recoge información médica sobre usted y la almacena en un expediente y en la computadora. Esta notificación constituye su expediente médico, el cual es propiedad de este consultorio médico, si bien la información que figura en el expediente médico le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información médica para los siguientes fines:

Tratamiento. Utilizamos información médica sobre usted para proporcionarle atención médica y la divulgamos a nuestros empleados y otros individuos que están involucrados en el servicio de atención que usted necesita. Por ejemplo, es posible que compartamos su información médica con otros médicos o proveedores de atención médica que prestan servicios que nosotros no brindamos. Asimismo, podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita a fin de prepararle una receta de un medicamento, o con un laboratorio que realiza exámenes clínicos. Asimismo, podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otros individuos que pueden ayudarlo en caso de que padezca alguna enfermedad o lesión.

Pago. Usamos y divulgamos información médica sobre usted a fin de obtener el pago de los servicios que prestamos. Por ejemplo, le proporcionamos a la institución de su plan de salud la información solicitada antes de que nos abone el pago. Asimismo, podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica a fin de ayudarlos a obtener el pago de los servicios que le han prestado a usted.

Opciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted a fin de dirigir este consultorio médico; por ejemplo, para revisar y mejorar la calidad de atención que brindamos, o la competencia o aptitudes de nuestro personal, o bien para hacer que mediante su plan de salud se autoricen servicios o derivaciones. Asimismo, podemos usar y divulgar esta información, según corresponda, para revisiones médicas, servicios legales y audiencias, incluida la detección de abuso y fraude y los programas de cumplimiento y la gestión y planificación de negocios. Asimismo, podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, el cual nos brinda servicios administrativos. Tenemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales en el que se establecen los términos en virtud de los cuales deben mantener la confidencialidad y seguridad de su información médica. Si bien la legislación federal protege únicamente la información médica que se divulga a un proveedor de atención médica, el plan de salud o la cámara de compensación de atención médica, de acuerdo con la ley de California, todos los que reciben información sobre la atención médica tienen prohibido divulgarla a otros, a menos que se exija o permita expresamente por ley. Asimismo, podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, cámaras de compensación de atención médica o planes de salud que están vinculados con usted, en el caso de que soliciten esta información para asistirles en la evaluación de calidad y actividades de mejora, en sus iniciativas para mejorar la salud o disminuir los costos de atención médica, en la evaluación de su competencia, idoneidad y desempeño de los profesionales de atención médica, en sus programas de capacitación, en sus actividades de acreditación, de certificación o de autorización, o en la detección de fraude y abuso de la atención médica, y en las iniciativas de cumplimiento. Asimismo, podemos compartir información médica sobre usted con otros proveedores de atención médica, cámaras de compensación de atención médica y planes de salud que participan, junto con nosotros, en "la organización de gestiones de atención médica" en el marco de las operaciones de atención médica de la Asociación de Atención Médica de Oregón (*Oregon Health Care Association, OHCA*). En esta asociación participan hospitales, organizaciones de médicos, planes de salud y otras entidades que brindan de manera conjunta servicios de atención médica. El Funcionario Oficial tiene disponible un listado de las actividades en las cuales participamos.

Recordatorios sobre citas. Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle acerca de sus citas. En caso de que no se encuentre en su domicilio, podemos dejar esta información en el correo de voz o dejar un recado a la persona que atienda el teléfono. Podemos utilizar su método de contacto preferido, que incluye, entre otros, llamadas automáticas, correos electrónicos o textos para recordar citas. Puede elegir su medio preferido para recordarle una cita en cualquier momento.

Registro de firma en planilla. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted al registrar su firma cuando llega a nuestra oficina. Asimismo, podemos convocarlo cuando estemos listos para reunirnos con usted.

Notificación y comunicación con la familia. Es posible que usemos su información médica para notificar o ayudar a un miembro de su familia, su representante personal u otra persona a cargo de usted a conocer su ubicación, su estado de salud general o incluso su deceso. En caso de un accidente, podemos divulgar información a una organización de atención médica para casos de accidentes, de modo que ellos puedan coordinar esfuerzos. Asimismo, es posible que divulguemos información a alguien que esté involucrado en su atención médica o que colabore con el pago de ella. En caso de que pueda y esté disponible para expresar su consentimiento o presentar alguna objeción, le daremos la oportunidad de proceder de ese modo antes de divulgar información, aunque es posible que divulguemos esta información si ocurre un accidente, sin respetar su objeción, en caso de que lo consideremos necesario a fin de responder a las situaciones de emergencia. Si no puede o no se encuentra disponible para expresar su consentimiento o realizar alguna objeción, nuestros profesionales de salud harán uso de su mejor criterio al tener que comunicarse con su familia y otros individuos.

Comercialización. Es posible que nos comuniquemos con usted para brindarle información sobre productos y servicios relacionados con su tratamiento, gestión del caso o coordinación de atención, o para indicar o recomendar otros tratamientos o beneficios relacionados con la salud y servicios que podrían ser de su interés, o para ofrecerle beneficios. Asimismo, le podemos recomendar que adquiera un producto o servicio al momento de reunirse con nosotros. Si actualmente está inscrito en un plan de salud, podemos recibir el pago de sus servicios de atención médica y servicios afines, incluida la coordinación o gestión que efectuemos de su atención médica con un tercero, las interconsultas que hagamos con otros proveedores de atención médica en relación con su salud, o en el caso de que lo derivemos para que reciba atención médica, aunque únicamente en la medida que estas comunicaciones describan: 1) la participación de un proveedor en la red del plan de salud, 2) el alcance de la cobertura de los beneficios, o 3) la disponibilidad de fármacos más rentables. No aceptaremos ningún pago en concepto de otras comunicaciones de comercialización sin su previa autorización por escrito, a menos que usted tenga una enfermedad crónica, grave o que ponga en peligro su vida y proporcionemos la comunicación junto con la prestación, coordinación o gestión de los servicios de atención médica u otros servicios afines, incluida la coordinación o gestión que hagamos de su atención médica con un tercero, interconsultas con otros proveedores de atención médica relacionados con su cuidado, o si lo derivamos para que reciba atención médica. Si le hacemos llegar este tipo de comunicaciones mientras padece una enfermedad crónica, grave o que ponga en peligro su vida, le informaremos qué institución nos paga, y asimismo le informaremos la manera en que se pueden suspender estas comunicaciones, en caso de que prefiera no recibirlas. Bajo ninguna circunstancia usaremos o divulgaremos su información médica con fines comerciales sin su autorización por escrito, y le informaremos si recibimos algún pago en concepto de cualquier actividad de comercialización que usted autorice.

Conformidad con la ley. Según lo establecido por ley, restringiremos el uso y divulgación que hagamos de su información de conformidad con los requisitos marcados por la ley. Cuando, por ley, tengamos la obligación de informar cualquier abuso, negligencia o violencia familiar, o responder a procesos judiciales o administrativos o a funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, cumpliremos con el requisito establecido a continuación acerca de dichas actividades.

Salud pública. Podemos, y, en algunos casos, así lo establece la ley, divulgar su información médica a autoridades del ámbito de la salud pública para los siguientes fines: evitar o tratar una enfermedad, lesión o discapacidad; informar una negligencia o abuso de un menor, anciano o adulto dependiente; informar un caso de violencia familiar; informar a la Administración de Medicamentos y Alimentos (*Food and Drug Administration*, FDA) sobre problemas con los productos y reacciones a los medicamentos; e informar causas de enfermedad o exposición a infecciones. Cuando informemos un caso de abuso de un anciano o adulto dependiente o de violencia familiar, le informaremos a usted o a su representante personal de inmediato al respecto, salvo que, según nuestro buen criterio, consideremos que el hecho de notificarle lo pondría en una situación riesgosa de daño grave o requiera informar que, según nuestra opinión, el representante personal es responsable del abuso o lesión.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y, en algunas ocasiones, así lo exige la ley, divulgar su información médica a entidades de supervisión de salud durante el desarrollo de audiencias, investigaciones, inspecciones, acreditaciones u otros procedimientos, de conformidad con las restricciones impuestas por la ley federal y de California.

Procesos judiciales y administrativos. Podemos, y, en algunos casos, así lo exige la ley, divulgar su información médica durante el desarrollo de cualquier proceso judicial o administrativo en la medida que así lo autorice expresamente una orden judicial o administrativa. Asimismo, podemos divulgar información sobre usted en respuesta a un citatorio, solicitud de descubrimiento u otros procesos legales, en caso de que se hayan realizado las diligencias correspondientes para notificarle acerca de la solicitud y

usted no haya presentado ninguna objeción, o en caso de que sus objeciones se hayan resuelto mediante orden judicial o administrativa.

Cumplimiento con la ley. Podemos, y, en algunos casos, así nos lo exige la ley, divulgar su información médica a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley a fin de, por ejemplo, identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial, auto, citatorio de un jurado de acusación, y para otros fines similares.

Médicos forenses. Podemos, y, en algunas ocasiones, así nos lo exige la ley, divulgar su información médica a médicos forenses vinculados con investigaciones de muertes.

Donación de órganos o tejidos. Es posible que divulguemos su información médica a organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento y trasplante de órganos y tejidos.

Seguridad pública. Podemos, y, en algunas ocasiones, así lo exige la ley, divulgar su información médica a determinadas personas a fin de evitar o mitigar una amenaza grave e inminente a la salud o contribuir con la seguridad de una persona en particular o del público en general.

Funciones gubernamentales específicas. Es posible que divulguemos su información médica con fines militares o relacionados con la seguridad nacional o a instituciones correccionales o funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, bajo quienes usted se encuentre en custodia legal.

Seguro de indemnización por accidentes laborales. Es posible que divulguemos su información médica, según corresponda, para hacer cumplir las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, en la medida en que su salud tenga la cobertura de un seguro de indemnización por accidentes laborales, informaremos periódicamente a su empleador acerca de su estado de salud. Asimismo, debemos informar, según lo establecido por ley, casos de lesión o enfermedad ocupacional al empleador o a la aseguradora de la indemnización por accidentes laborales.

Cambio de titularidad. En el caso de que esta práctica médica se venda o fusione con otra organización, su expediente médico pasará a ser propiedad del nuevo propietario; no obstante, usted conservará el derecho de solicitar que las copias de su información médica se transfieran a otro médico o grupo médico.

Notificación de incumplimiento. En caso de incumplimiento o de que su información médica protegida no esté asegurada, le notificaremos al respecto, según lo exigido por ley. Podremos enviarle la notificación por cualquier otro medio, según corresponda.

Investigación. Podemos divulgar su información médica a investigadores que estén realizando trabajos de investigación. En dicho caso, no es necesario obtener su autorización por escrito, según lo aprobado por el Consejo de Revisión Institucional o el consejo de privacidad, de conformidad con la ley aplicable.

Intercambio Electrónico de Información de Salud. Estamos participando en el intercambio electrónico de información de salud a través de SacValley MedShare, un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés). Este sistema nos permite compartir información de salud con otros proveedores de atención médica, planes de salud, otras entidades relacionadas con la atención médica y otras organizaciones que participan en su atención. Sus registros médicos electrónicos, incluida cierta información médica confidencial, como información sobre salud mental, VIH/SIDA, información genética, cierta información sobre tratamiento por consumo de alcohol y drogas, enfermedades transmisibles y tratamiento por discapacidades del desarrollo e intelectuales, pueden estar disponibles a través del HIE para personas debidamente autorizadas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como para otros fines permitidos o exigidos por la ley, a menos que usted presente una solicitud de exclusión (opt-out) en línea en [www.sacvalleyms.org](http://www.sacvalleyms.org). Por favor revise la sección "Derecho al Intercambio Electrónico de Información de Salud" que aparece para obtener más información.

- B. **Casos en los que este consultorio médico no debe usar o divulgar su información médica.** Salvo que se establezca lo contrario en esta Notificación de Prácticas de Confidencialidad, este consultorio médico no usará ni divulgará información médica suya sin su autorización por escrito. Si no autoriza a este consultorio médico el uso o divulgación de su información médica con otro fin, podrá revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

**C. Derechos respecto de información médica.**

Derecho a solicitar protección a la privacidad especial. Usted goza del derecho de solicitar restricciones a determinados usos y divulgaciones de su información personal mediante una solicitud por escrito en la que especifique qué información desea restringir y qué restricciones de uso o divulgación de dicha información desea haber impuesto. Si nos dice que no divulguemos información a su plan de salud comercial en cuanto a los aspectos o servicios de atención médica por los cuales paga gastos extra en su totalidad, respetaremos su solicitud, salvo que debamos divulgar la información por causas legales o relacionadas con tratamientos. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le notificaremos acerca de nuestra decisión.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar la recepción de su información médica de un modo o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a una dirección de correo electrónico particular o a su domicilio de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes correspondientes que se hayan presentado por escrito y en las que se especifique de qué modo o a qué dirección desea recibir estas comunicaciones.

Derecho a revisar y obtener copias de la información. Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información médica, salvo algunas excepciones. Para acceder a su información médica, deberá presentar una solicitud por escrito en la que detalle a qué información desearía acceder y si desea revisarla u obtener una copia de ella. Cobraremos una tarifa razonable, según lo permitido por la ley federal y de California. Es posible que deneguemos su solicitud en algunos casos. Si le denegamos su solicitud de acceso a los historiales de su hijo o a los historiales de un adulto discapacitado cuyo representante es usted debido a que consideramos que permitir dicho acceso podría provocar un daño sustancial al paciente, tendrá el derecho a presentar oposición respecto de nuestra decisión. Si denegamos su solicitud de acceso a las notas de su psicoterapeuta, tendrá el derecho de hacer que se transfieran a otro profesional de la

Derecho al Intercambio Electrónico de Información de Salud. Usted tiene derecho a solicitar la exclusión (opt-out) si no desea que sus registros médicos electrónicos sean compartidos y utilizados a través del HIE. Puede presentar su solicitud de exclusión en línea en [www.sacvalleymhs.org](http://www.sacvalleymhs.org). Aunque decida excluirse del intercambio de su información médica a través del HIE, parte de su información aún podrá estar disponible para personas debidamente autorizadas cuando sea necesario en una emergencia, para el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (Prescription Drug Monitoring Program) o para reportar información específica a una agencia gubernamental cuando lo exija la ley, por ejemplo, para reportar ciertas enfermedades transmisibles o sospechas de abuso.

Usted tiene el derecho a recibir una copia en soporte papel de la presente Notificación de Prácticas Confidenciales, aun si solicitó anteriormente su recepción mediante correo electrónico.

Si le gustaría obtener una explicación más detallada acerca de dichos derechos o ejercer uno o más de dichos derechos, comuníquese con nuestro Funcionario de Confidencialidad que figura al comienzo de esta notificación.

**D. Modificaciones de esta notificación de prácticas confidenciales**

Nos reservamos el derecho de modificar la presente Notificación de Prácticas Confidenciales en cualquier momento en el futuro. Hasta que se efectúe dicha modificación, tenemos la obligación por ley de cumplir con lo estipulado en ella. Luego de que se efectúe la modificación, la Notificación de Protección de la Privacidad se aplicará a toda la información médica protegida que guardemos bajo nuestra custodia, independientemente del momento en que se creó o recibió. Conservaremos una copia de la presente notificación publicada en nuestra área de recepción, y habrá una copia disponible por cada cita, y, asimismo, la publicaremos en nuestro sitio web.

**E. Reclamos**

Los reclamos efectuados en relación con la presente Notificación de Prácticas Confidenciales o sobre el modo en que este consultorio médico maneja su información médica deberán presentarse ante nuestro Funcionario de Confidencialidad que figura al comienzo de la presente notificación.

En caso de que no esté satisfecho con el modo en que esta oficina maneja su reclamo, podrá presentar una demanda formal ante la siguiente institución:

Region IX  
Oficina de Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
90 7<sup>TH</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)  
(415) 437-8329 FAX  
[OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov)

Podrá obtener el formulario de demanda en el sitio [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf). No será penalizado por presentar una demanda.

## UROLOGY ASSOCIATES OF THE CENTRAL COAST

### ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS CONFIDENCIALES FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

El/La que suscribe, \_\_\_\_\_, recibió una copia de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad de **Urology Associates of the Central Coast**.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Declaración de No Discriminación

Urology Associates of the Central Coast cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Urology Associates of the Central Coast no excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

### Reconocimiento y Acuerdo de No Discriminación para Pacientes

#### Propósito:

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar un entorno seguro, respetuoso e inclusivo para todos los pacientes, proveedores y personal. Para garantizar la más alta calidad de atención, no se tolera ningún tipo de discriminación.

#### Política de No Discriminación:

Se espera que los pacientes traten a todos los proveedores, miembros del personal y otros pacientes con respeto, sin discriminación, incluyendo, pero no limitado a:

- Raza o etnia
- Origen nacional
- Religión
- Sexo, identidad de género u orientación sexual
- Discapacidad o condición médica
- Edad
- Cualquier otra característica protegida bajo la ley federal o estatal

#### Reconocimiento y Acuerdo:

1. Entiendo que la discriminación, el acoso, el lenguaje abusivo o el comportamiento amenazante hacia los proveedores, el personal o otros pacientes está estrictamente prohibido.
2. Entiendo que cualquier comportamiento discriminatorio puede resultar en mi alta de esta práctica, excepto en los casos en los que la atención inmediata sea legalmente requerida.
3. Entiendo que si mi comportamiento compromete la seguridad, dignidad o bienestar de otros, la práctica tiene el derecho de terminar la relación paciente-proveedor de acuerdo con las regulaciones estatales y federales.
4. Estoy de acuerdo en mantener los estándares de respeto y profesionalismo que se esperan dentro de esta práctica.

#### Declaración del Paciente:

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y entiendo completamente el Reconocimiento y Acuerdo de No Discriminación para Pacientes de Urology Associates of the Central Coast. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas descritas anteriormente.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_