

REGISTRO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

¿Cómo se enteró de nosotros?

- Periódico
 Internet / La red
 Referido por su Seguro
 Amistad / Familia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APPELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO	GÉNERO ACTUAL <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININA <input type="checkbox"/> INDISTINTO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX-XXXX	FECHA DE NACIMIENTO mm/dd/aaaa	EDAD	MÉDICO PRIMARIO	
DOMICILIO	#APT	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DE DÍA		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)	
RAZA	ETNIA	IDIOMA		

CONTACTO EN CASE DE EMERGENCIA

NOMBRE	TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DE DÍA
RELACIÓN CON EL PACIENTE		

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

NOMBRE Y DOMICILIO DE ASEGURADORA PRINCIPAL		NÚMERO DE PÓLIZA
NÚMERO DE GRUPO	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX-XXXX	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL mm/dd/aaaa	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NOMBRE Y DOMICILIO DE ASEGURADORA SECUNDARIA		NÚMERO DE PÓLIZA
NÚMERO DE GRUPO	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX-XXXX	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL mm/dd/aaaa	RELACIÓN CON EL PACIENTE

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE		APELLIDO DE SOLTERA		
FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE mm/dd/aaaa		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA MADRE XXX-XX-XXXX		
DOMICILIO	#APTA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DE DÍA		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)	
NOMBRE DEL EMPLEADOR DE LA MADRE				
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> OTRO _____				
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE				
FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE dd/mm/aaaa		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE XXX-XX-XXXX		
DOMICILIO	#APTA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DE DÍA		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)	
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PADRE				
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> OTRO _____				

INFORMACIÓN DE LA CUSTODIA DEL PACIENTE

¿Quien tiene la custodia del paciente? MADRE PADRE OTRO (NOMBRE): _____

POLÍTICA FINANCIERA: Se espera que liquide por completo o cubra su copago al momento de recibir los servicios. Los servicios que reciba no amparados por la cobertura de su plan de salud serán su responsabilidad. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a Graybill Medical Group, Inc., a administrar el tratamiento médico y realizar los procedimientos médicos determinados como necesarios. Autorizo que se comparta mi información médica a mi aseguradoras o agentes de la aseguradora para procesar el pago por los servicios. A mi buen saber y entender, toda la información anterior es verdadera y correcta. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Asigno todos los pagos que hará mi aseguradora a Graybill Medical Group, Inc.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
-------------------------------------------------------	---------------------	-------

- **Copagos:** Su seguro médico nos requiere cobrar el copago al momento de su visita. La exoneración del copago puede constituir fraude bajo leyes estatales y federales. Por favor ayúdenos a respetar la ley pagando su copago en cada visita.
- **Pago de Deducibles:** Si su seguro médico le requiere satisfacer la cantidad de su deducible antes de cubrir los servicios, usted deberá hacer su pago al momento de su visita. La cantidad de \$100.00 será requerida al momento de su visita. Por favor tenga en cuenta que el pago de \$100.00 no constituye el pago en su totalidad y cualquier saldo pendiente se le notificará por medio de esta oficina.
- **Facturas por Servicios Prestados.** Nosotros solicitaremos a su seguro médico los pagos por servicios prestados y le asistiremos de cualquier manera razonable para que se paguen sus facturas. Se espera que su seguro médico pague en un plazo de 45 días. Después de 45 días, esperaremos de usted el pago en su totalidad. Usted será responsable de liquidar cualquier servicio no cubierto por su seguro médico según las reglas y pólizas de Medicare. Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro médico más reciente y también para algún otro seguro suplementario o secundario que pueda tener. Las cuentas vencidas por más de 90 días están sujetas a ser enviadas a una agencia de cobranzas o a un juzgado de reclamos menores por facturas no pagadas. Si recibimos notificación de que usted no tiene cobertura o nosotros no tenemos contrato con su seguro médico, usted será responsable por todos los cargos incurridos. Puede ser que su seguro médico le pida mandar cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con esta petición.
- **Servicios de Cuidado Preventivo:** Los exámenes de rutina no siempre son cubiertos por su seguro médico. Tenga en cuenta que si un problema adicional es observado en su visita, podría incurrir un cobro adicional de un copago o deducible por esta visita médica. Si los servicios son negados por su seguro médico o no nos ha proporcionado la información correcta de su seguro médico, usted será responsable de pagar por estos servicios.
- **Pacientes que Pagan sus Propias Cuentas.** La cantidad que usted pague hoy por su consulta médica, podría no ser su pago final. Podría incurrir otros costos hoy, por ejemplo y por mencionar solo algunos, por análisis de laboratorio, radiografías, inyecciones, procedimientos especiales o cobros extra por la consulta.
- **Cobros de Laboratorio:** Cualquier procedimiento de laboratorio ordenado durante su visita de hoy será facturado por separado por el laboratorio. Favor de llamar directamente al laboratorio para cualquier pregunta que tenga sobre su cobro.
- **Citas Perdidas:** Por favor tenga en cuenta que un cobro de \$25 será aplicado por citas perdidas o no canceladas dentro de un día laboral. Este cobro será su responsabilidad y será facturado directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada. Si en algún momento usted experimenta dificultades financieras y necesita hacer arreglos de pago, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina de facturación.

Asignación de Beneficios. Por esta Acuerdo concede autorización para que se comparta la información necesaria para procesar y completar mi reclamo de prestaciones al seguro médico, y para que se haga el pago de beneficios directamente a Graybill Medical Group por todos los servicios prstados. *Sus iniciales:* _____

He leído y entendido la información en esta Acuerdo, Me comprometo a cumplir con las políticas financieras de la oficina y soy financieramente responsable por me cuenta.

Firma del Padre o Tutor: _____ *Fecha:* _____

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO
DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Representante de Privacidad (760) 291-6696**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
------------------------------------------------------	---------------------	-------

Por este conducto reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Palomar Health Medical Group - Graybill. Me han informado que una copia del aviso vigente de las Prácticas de Privacidad estará a la vista en el área de recepción y que toda enmienda hecha a las Prácticas de Privacidad estará disponible en cada cita.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA

TELÉFONO DEL PACIENTE (XXX) XXX-XXXX

NOMBRE DEL MÉDICO

Si el paciente no firma, favor indicar su relación con el paciente:

- Padre, Madre o Tutor
- Tutor o Persona responsable de un paciente con incapacidad física o mental
- Beneficiario o Representante de un paciente fallecido

Quisiera recibir una copia de cualquier aviso enmendado a las Prácticas de Privacidad or medio de mi correo electrónico (email) _____@_____

SOLICITUD DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL PARA ACCEDER A LA CUENTA DEL PORTAL NEXTGEN® DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
------------------------------------------------------	---------------------	-------

Los padres y tutores legales pueden solicitar acceso a la información médica protegida (Private Health Information, PHI) del paciente menor por medio del Portal NextGen® de Palomar Health Medical Group - Graybill. El nivel de acceso a la información se basará en la edad del paciente menor.

- Pacientes menores entre 0 y 11 años de edad: Se le concederá **Acceso Total** al registro de NextGen, incluyendo inmunizaciones, información sobre alergias y gráficas de crecimiento.
- Pacientes menores entre 12 y 17 años de edad: Se le concederá **Acceso Parcial** al registro de NextGen, de acuerdo con las leyes de privacidad federales y del estado de California. **Para obtener Acceso Total**, será obligatoria una **Autorización Especial y Firma del Paciente** (vea a continuación).
- Pacientes adultos de 18 años y más: Ya **no tendrá acceso** al registro de NextGen de su hijo(a).

El padre, madre o tutor legal al que se le haya concedido acceso a la cuenta de NextGen estará obligado a aceptar y acatar los **Términos y Condiciones de NextGen**. Además, Palomar Medical Group - Graybill podrá cancelar el acceso en cualquier momento sin previo aviso.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)			FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	
PROPORCIONE UNO DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos del seguro social: _____ <input type="checkbox"/> Número de Registro Médico (MRN): _____				
DOMICILIO	#APTA.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)		

INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL (OBLIGATORIO)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE)			FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	
PROPORCIONE UNO DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos del seguro social: _____ <input type="checkbox"/> Número de Registro Médico (MRN): _____				
DOMICILIO	#APTA.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
TELÉFONO (XXX) XXX-XXXX		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)		

AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA ACCESO TOTAL A NEXTGEN (PACIENTES DE 12 AÑOS O MAYORES)

Al firmar a continuación, reconozco que estoy eligiendo a la persona nombrada anteriormente como mi designado a la cuenta NextGen, permitiéndole el acceso a mi registro médico completo de NextGen. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

Relación del Designado con el Paciente:

- Padre
 Tutor Legal
 Poder Notarial
 Otra _____

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)		FECHA DE NACIMIENTO	FECHA	
HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE MENOR			<i>PROVEEDOR: Escriba información adicional en esta columna</i>	
¿Ha estado hospitalizado su niño/niña? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
AÑO	NOMBRE DEL HOSPITAL	POR QUE RAZÓN		
¿Su niño/niña alguna vez ha tenido?				
Eczema (salpullido alérgico en la piel)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia (falta de hierro en la sangre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones, ataques		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas con los ojos o visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas auditivos o de los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Infecciones frecuentes de los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de estómago o intestines	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Huesos rotos o fracturados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas al orinar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ha comido pintura, arcilla o yeso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le da a su niño/niña vitaminas o suplementos de hierro o fluoruro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
So contestó Sí, ¿qué le da? _____				

DESARROLLO DEL NIÑO/NIÑA				
¿Su niño/niña se ha desarrollado al mismo ritmo que sus hermanos, hermanas, familiares y amigos (por ejemplo, sentarse, caminar, hablar)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
So contestó No, favor de explicar _____				

HISTORIA ESCOLAR DEL NIÑO/NIÑA				
Nombre de la escuela _____ Grado _____				
¿Ha reprobado alguna clase? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Asistido a alguna clase especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido problemas de comportamiento en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si contestó Sí a alguna de las preguntas, favor de explicar _____				

CONDUCTA DEL NIÑO/NIÑA				
Tiene pesadillas con frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es demasiado tímido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Es demasiado apegado a padros o a un amigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se altera o molesta fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Es demasiado nervioso(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es irrazonablemente celoso(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dice muchas mentiras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pelea mucho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Roba	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿CÓMO DESCRIBIRÍA DE SU NIÑO/NIÑA?				

EVALUACIÓN PARA DETERMINAR RIESGO DE EXPOSICIÓN A LA TUBERCULOSIS EN MENORES

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

- ¿Ha tenido la madre una prueba positiva de tuberculosis activa? Sí No
- ¿Ha tenido el padre una prueba positiva de tuberculosis activa? Sí No
- ¿Hay algún miembro de la familia que el menor frecuenta regularmente que haya sido diagnosticado o se sospecha que tiene tuberculosis activa? Sí No
- ¿El menor tiene familiares o personas que frecuenta regularmente que nacieron en lugares en donde la tuberculosis es común (como Asia, África, América Latina, México o en lugares del este de Europa)? Sí No
- ¿El menor nació o viaja a un país en donde la tuberculosis es común (como Asia, África, América Latina, México o en lugares del este de Europa)? Sí No
- ¿El menor fuera del hogar en albergues, hogares de crianza (foster care), instituciones residenciales o ha sido encarcelado en los últimos 5 años? Sí No
- ¿El menor tiene la infección por VIH o cualquier otra afección del sistema inmunológico? Sí No
- ¿El menor vivió con, o frecuenta a, personas indigentes, trabajadores migrantes, residentes de asilos de ancianos o instituciones de convalecencia, personas que han estado encarceladas, positivas VIH, o que abusan de las drogas? Sí No
- ¿El menor tiene contacto cercano con una persona que tiene que resultó positiva a una prueba de tuberculosis en la piel? Sí No
- ¿El menor ha tomado leche bronca o ha comido queso sin pasteurizar (como queso fresco)? Sí No

HISTORIAL PEDIÁTRICO

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombre de la madre _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del padre _____

Fecha de Nacimiento _____

Hermanos/Edades _____

¿Tiene alguna religión o creencia cultural que pueda afectar el cuidado de la salud de su hijo/hija? _____

HISTORIAL

¿Complicaciones con el embarazo? Sí No

Alumbramiento Vaginal Cesárea Peso al nacer _____ Medida al nacer _____

¿Dieta especial? Sí No Medicamentos _____

¿Alergias a medicamentos? Sí No Si contestó Sí, describa: _____

Cirugías (edad, diagnóstico): _____

Hospitalizaciones (edad, diagnóstico): _____

¿Problemas en la escuela? Sí No Si contesto Sí, describa _____

Otras problemas: _____

HISTORIAL FAMILIAR

- | | | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Ojo perezoso |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Melanoma/Cáncer de piel | <input type="checkbox"/> Anemia/sangrado | <input type="checkbox"/> Alergias/Asma/Eczema |
| <input type="checkbox"/> Problemas de cadera | <input type="checkbox"/> Infecciones de pido | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención |

FECHAS DE VACUNACION (Favor de traer una copia del Registro de Vacunación)

FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
DPT 1 ____/____/____	OPV 1 ____/____/____	ROTOVIRUS 1 ____/____/____	HIB 1 ____/____/____
DPT 2 ____/____/____	OPV 2 ____/____/____	ROTOVIRUS 2 ____/____/____	HIB 2 ____/____/____
DPT 3 ____/____/____	OPV 3 ____/____/____	ROTOVIRUS 3 ____/____/____	HIB 3 ____/____/____
DPT 4 ____/____/____	OPV 4 ____/____/____	ROTOVIRUS 4 ____/____/____	HIB 4 ____/____/____
DPT 5 ____/____/____	MMR 1 ____/____/____	DT ____/____/____	HEPB 1 ____/____/____
PREVNAR 1 ____/____/____	MMR 2 ____/____/____	TB ____/____/____	HEPB 2 ____/____/____
PREVNAR 2 ____/____/____	CHICKEN POX ____/____/____	TB ____/____/____	HEPB 3 ____/____/____
PREVNAR 3 ____/____/____			
PREVNAR 4 ____/____/____			

¿Tiene alguna otra pregunta o preocupación sobre la salud de su hijo/hijo o de su desarrollo?

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Oficial de Privacidad 760-291-6696

E Fecha de entrada en vigor: 23 de septiembre de 2013

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo con atención.

Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencia de su información médica. Llevamos un registro de la atención médica que brindamos y podemos recibir registros similares de otras fuentes. Utilizamos estos registros para brindar o permitir que otros proveedores del cuidado de la salud brinden atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios que se le prestan a usted según lo permitido por su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales a fin de operar esta práctica médica adecuadamente. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida, a proporcionar a las personas el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica y a notificar a las personas afectadas después de una violación a la información médica protegida. Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad que se menciona arriba.

A. Cómo puede Palomar Health Medical Group - Graybill usar o divulgar su información médica

El expediente médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el expediente médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

1. *Tratamiento.* Usamos su información médica para proporcionarle atención médica. Divulgamos información a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención médica que usted necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores del cuidado de la salud que proporcionen servicios que nosotros no proporcionamos, o podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesite para surtirle una receta o con un laboratorio para realizar una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarle a usted cuando este enfermo o lesionado, o después de su muerte.
2. *Pago.* Usamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información necesaria para el pago. También podemos divulgar información a otros proveedores del cuidado de la salud para ayudarles a obtener el pago por los servicios que le han brindado.
3. *Operaciones de atención médica.* Podemos usar y divulgar su información médica para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y la cualificación de nuestro personal profesional. O podemos usar y divulgar esta información para hacer que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos usar y divulgar esta información conforme sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, lo cual incluye la detección de fraudes y abusos, programas de cumplimiento, y planificación y gestión empresarial. También podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que nos prestan servicios administrativos. Tenemos un contrato escrito con cada uno de nuestros socios comerciales que contiene los términos que los obligan a ellos y a sus subcontratistas a proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica. Aunque la ley federal no protege la información médica que se divulga a una persona que no sea un profesional de la salud, plan de salud, centro de información de salud o a uno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe a todos los destinatarios de la información médica divulgarla, excepto cuando sea específicamente requerido o permitido por la ley. También podemos compartir su información con otros proveedores del cuidado de la salud, centros de información de salud o planes de salud que tengan una relación con usted, cuando ellos soliciten dicha información para que les sirva en sus actividades de evaluación y mejora de la

calidad; actividades de seguridad del paciente; sus esfuerzos para mejorar la salud de la población o reducir los costos de la atención médica; para el desarrollo de protocolos; las actividades de manejo de casos o de coordinación de la atención; su revisión de la competencia, las cualificaciones y el desempeño de los profesionales de la salud; sus programas de capacitación; sus actividades de certificación, acreditación u otorgamiento de licencias; sus actividades relacionadas con contratos de seguros de salud o beneficios para la salud; o sus esfuerzos para detectar fraudes y abusos de atención médica y para el cumplimiento de la ley.

4. *Recordatorios de citas.* Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle sus citas. [Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestadora automática o darle el mensaje a la persona que conteste el teléfono.]
5. *Hoja de asistencia.* Podemos usar y divulgar su información médica cuando se registre al llegar a nuestro consultorio. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para atenderlo.
6. *Notificación y comunicación con familiares.* Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su condición general o, a menos que usted nos haya indicado otra cosa, en el caso de que fallezca. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de ayuda para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que participe en su atención o ayude a pagar su atención. Si usted puede o está disponible para aceptar u oponerse, le daremos la oportunidad de oponerse antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos revelar esta información en un desastre incluso a pesar de su objeción, si creemos que es necesario hacerlo para responder a las situaciones de emergencia. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u oponerse, nuestros profesionales de la salud aplicarán su mejor criterio de comunicación con sus familiares y otros.
7. *Mercadotecnia.* Siempre que no recibamos pago alguno por hacer estas comunicaciones, podemos comunicarnos con usted para alentarle a comprar o utilizar productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o para dirigir o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores del cuidado de la salud o lugares para recibir atención médica que puedan interesarle. También podemos describir los productos o servicios que ofrece esta práctica y decirle de cuáles planes de salud formamos parte. Podemos recibir una compensación financiera por hablar con usted frente a frente, para proporcionarle pequeños regalos promocionales, o para cubrir el costo de recordarle que debe tomar y volver a surtir su medicamento o cualquier otra forma de comunicación sobre un medicamento o elemento biológico que actualmente usted tenga prescrito, pero sólo si: (1) usted tiene una afección crónica y debilitante grave o potencialmente mortal y la comunicación se efectúa para instruirlo o informarle acerca de las opciones de tratamiento y para que no deje de seguir un tratamiento prescrito, o (2) usted está actualmente afiliado a un plan de salud y la comunicación está limitada a la disponibilidad de aquellos productos farmacéuticos más económicos. Si hacemos estas comunicaciones mientras usted tiene una afección crónica y debilitante grave o potencialmente mortal, se le informará lo siguiente, con un tamaño de letra mínimo de 14: (1) la existencia y el origen de la remuneración y (2) su derecho a darse de baja de las comunicaciones futuras remuneradas llamando al número de teléfono gratuito del comunicador. No utilizaremos o divulgaremos de otro modo su información médica para fines de mercadotecnia, ni aceptaremos pago alguno por otras comunicaciones de mercadotecnia sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará si recibimos alguna compensación económica por cualquier actividad de mercadotecnia que usted autorice y detendremos cualquier actividad de mercadotecnia futura en la medida en que usted revoque dicha autorización.
8. *Venta de información médica.* No venderemos su información médica sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará que recibiremos una compensación por su información médica si usted nos autoriza venderla y detendremos cualquier venta futura de su información en la medida en que usted revoque dicha autorización.
9. *Requisitos legales.* Usaremos y divulgaremos su información médica según lo requiera la ley, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley. Cuando la ley nos obligue a reportar un abuso, negligencia o violencia doméstica, o a responder a procesos judiciales o administrativos, o ante funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos además con los requisitos establecidos a continuación sobre dichas actividades.
10. *Salud pública.* Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar casos de maltrato o abandono de niños, ancianos o adultos dependientes; denunciar casos de violencia doméstica; informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos; y

reportar alguna exposición a enfermedades o infecciones. Al notificar sospechas de maltrato de ancianos o adultos dependientes o violencia domestica, le informaremos a usted o a su representante personal sin demora, a menos que, segun nuestro mejor criterio profesional, creamos que la notificación lo pondria en riesgo de dafio grave o que seria necesario informar a un representante personal que creemos que es el responsable del abuso o maltrato.

11. *Actividades de supervisión de la salud.* Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a agencias de supervisión de la salud durante el curso de auditorias, investigaciones, inspecciones, licencias u otros procesos, sujetos a las limitaciones impuestas por las leyes federales y de California.
12. *Procesos judiciales y administrativos.* Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica durante el curso de cualquier proceso administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de presentación de evidencia u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle esa solicitud y usted no se ha opuesto, o si sus objeciones han sido resueltas por un tribunal o una orden administrativa.
13. *Cumplimiento de la ley.* Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a un agente encargado de hacer cumplir la ley para efectos de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; obedecer una orden de la corte, orden judicial, citación del gran jurado; y otros fines relacionados con el cumplimiento de la ley.
14. *Medicos forenses.* Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a los medicos forenses en relación con las investigaciones de muertes.
15. *Donación de órganos o tejidos.* Podemos divulgar su información médica a organizaciones relacionadas con la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos y tejidos.
16. *Seguridad pública.* Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a las personas indicadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o al publico en general.
17. *Comprobante de vacunación.* Divulgaremos comprobantes de vacunación a las escuelas a las cuales la ley solicite tal información antes de admitir a un estudiante si esta de acuerdo con la divulgación en su propio nombre o en nombre de su dependiente.
18. *Funciones gubernamentales especializadas.* Podemos divulgar su información médica para efectos de seguridad nacional o militar o para instituciones correccionales o agentes encargados del cumplimiento de la ley que lo tengan en custodia legal.
19. *Indemnización de trabajadores.* Podemos divulgar su información médica si es necesario para cumplir con las leyes de indemnización de trabajadores. Por ejemplo, hasta donde su atención de salud este cubierta por la indemnización de trabajadores, elaboraremos informes periódicamente para su empleador sobre su enfermedad. La ley también nos obligue a reportar casos de lesiones o enfermedades ocupacionales al empleador o al asegurador de la indemnización de trabajadores.
20. *Cambio de propiedad.* En caso de que esta práctica médica se venda o se una con otra organización, su información médica o expediente medico pertenecera al nuevo propietario, aunque usted puede mantener el derecho de solicitar que las copias de su información médica se transfieran a otro medico o grupo medico.
21. *Notificación de violación.* En caso de que ocurra una violación a la información médica protegida sin garantia, le notificaremos de la forma en la que la ley lo exija. Si nos proporcionó una dirección de correo electrónico actual, podemos usar el correo electrónico para comunicarle la información relacionada con la violación. En algunas circunstancias, nuestros socios comerciales pueden proporcionar la notificación. También podemos proporcionar la notificación por otros medios segun corresponda.
22. *Investigación.* Podemos divulgar su información médica a investigadores que realicen investigaciones con respecto a las cuales no sea necesario solicitar su autorización por escrito segun lo aprobado por un consejo de revisión institucional o un consejo de privacidad conforme a la ley vigente.

B. Casos en que Palomar Health Medical Grup - Médical no puede usar o divulgar su información médica

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, esta práctica médica, de acuerdo con sus obligaciones legales, no usara o divulgara información médica que lo identifique sin su autorización por escrito. Si autoriza que esta práctica médica use o divulgue su información médica para otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Sus derechos sobre la información médica

1. *Derecho a solicitar protección especial de privacidad.* Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica por medio de una solicitud por escrito que especifique que información quiere limitar y que limitaciones desea imponer en nuestro uso o divulgación de esa información. Si nos pide no divulgar información a su plan de salud comercial sobre los productos o servicios de atención de la salud que usted pagó por completo de su bolsillo, cumpliremos con su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por razones legales o de tratamiento. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le notificaremos nuestra decisión.
2. *Derecho a solicitar comunicación confidencial.* Tiene derecho a solicitar que le enviemos su información médica por un medio o a un lugar específico. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información a una cuenta de correo electrónico en particular o a la dirección de su lugar de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables que se envíen por escrito y que especifiquen cómo y dónde desea recibir estas comunicaciones.
3. *Derecho a examinar y copiar.* Tiene derecho a examinar y copiar su información médica, con excepciones limitadas. Para tener acceso a su información médica, debe enviar una solicitud por escrito que detalle a que información desea tener acceso, si desea examinarla o sacarle una copia, y si desea una copia, una forma y un formato en especial. Proporcionaremos copias en la forma y el formato solicitados si pueden producirse fácilmente, o le proporcionaremos el formato alternativo que le parezca aceptable, o si no podemos aceptar y mantenemos el expediente en formato electrónico, puede elegir un formato electrónico legible o un formato en papel. También enviaremos una copia a cualquier otra persona que asigne por escrito. Le cobraremos una cuota razonable que cubra los costos de mano de obra, suministros, gastos de envío, y si así lo solicita y acepta por anticipado, el costo de la elaboración de una explicación o resumen, según lo permitido por las leyes federales y de California. Podemos rechazar su solicitud bajo circunstancias limitadas. Si rechazamos su solicitud de acceso al expediente médico de su hijo o a los expedientes médicos de un adulto discapacitado que este representando porque creemos que permitir el acceso podría causar razonablemente un daño significativo al paciente, tendrá el derecho de apelar nuestra decisión. Si rechazamos su solicitud de acceso a sus notas de psicoterapia, tendrá el derecho de transferirlas a otro profesional de la salud mental.
4. *Derecho a modificar o complementar.* Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información médica que crea que es incorrecta o que esta incompleta. Debe hacer una solicitud por escrito para alguna modificación e incluir las razones por las que cree que la información es errónea o esta incompleta. No estamos obligados a cambiar su información médica, pero le proporcionaremos la información sobre el rechazo de esta práctica médica y cómo puede estar en desacuerdo con este rechazo. Podemos rechazar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no se encuentre disponible para hacer la corrección), si no se le permite examinar o copiar la información en cuestión o si la información es precisa y completa así como esta. Si rechazamos su solicitud, puede enviar una declaración por escrito de su desacuerdo con tal decisión, y nosotros podemos, a su vez, preparar una refutación por escrito. También tiene el derecho de solicitar que agreguemos a su expediente una declaración de máximo 250 palabras sobre cualquier cosa que crea que esta incompleta o incorrecta en el expediente. Toda la información relacionada con cualquier solicitud para modificar o complementar información se guardará y divulgará junto con cualquier divulgación subsecuente de la información discutida.
5. *Derecho a una explicación sobre las divulgaciones.* Usted tiene el derecho de recibir una explicación sobre las divulgaciones de su información médica hechas por esta práctica médica, excepto que esta práctica médica no tiene que dar una explicación sobre las divulgaciones que se le hayan proporcionado a usted o de conformidad con su autorización por escrito, o como se describe en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención de la salud), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad, o las divulgaciones para efectos de investigación o salud pública que excluyan identificadpres directos de pacientes, o que sean incidentales al uso o la divulgación que de otra manera sea permitido o autorizado por la ley, o las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o agente encargado del cumplimiento de la ley hasta el punto en que esta práctica médica haya recibido una notificación por parte de esa agencia o agente que indique que proporcionar esta explicación podría razonablemente impedir la realización de sus actividades. Usted tiene el derecho de ver nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, que incluye el derecho a obtener una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si ha solicitado recibirlo por correo electrónico previamente. Si le gustaría tener una explicación más detallada de estos derechos o si le gustaría

ejercer uno o mas de estos derechos, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad que se menciona al principio de este Aviso de prácticas de privacidad.

D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Pravacidad

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice tal corrección, la ley nos obliga a cumplir con este aviso. Después de hacer una corrección, el Aviso de protección a la privacidad corregido se aplicara a toda la información médica protegida que guardemos, sin importar cuando fue creada o recibida. Guardaremos una copia del aviso actual y la colocaremos en nuestra area de recepción y habra una copia disponible en cada cita. También publicamos el aviso actual en nuestro sitio web.

E. Reclamaciones

Las reclamaciones sobre este Aviso de prácticas de privacidad o sobre cómo esta práctica médica maneja su información médica deben ser dirigidas a nuestro oficial de privacidad que se menciona al principio de este Aviso de prácticas de privacidad.

Si no está satisfecho con la manera en que este consultorio maneja una reclamación, puede enviar una reclamación formal a la siguiente dirección:

Region IX - Office of Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services 90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)
(415) 437-8329 (fax)
OCRMail@hhs.gov

Puede encontrar el formulario para las reclamaciones en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf. No sera penalizado de ninguna forma por presentar una reclamación.