

Aviso de Prácticas de Privacidad

Entender su Información de Registro de Salud

Cada vez que usted visita OAMC, el proveedor hace un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene su historial de salud, síntomas actuales, examen y resultados, diagnóstico, tratamiento, y plan de cuidado futuro de tratamiento. Esta información, a menudo mencionado como su historial médico, sirve como lo siguiente:

- Base para planear su cuidado y tratamiento.
 - Manera de comunicación entre los muchos profesionales de salud quienes contribuyen a su caso.
 - Un documento legal describiendo el cuidado que usted recibió.
 - Los medios por cuales usted o un tercer pagador pudiera verificar que actualmente recibo por los servicios facturarles.
 - Herramientas en educación médica.
 - Fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados con mejorar la salud en las regiones..
 - Herramientas para acceder lo apropiado y calidad de la atención que usted recibe.
 - Herramientas para mejorar la calidad de cuidado de salud y lograr un mejor resultado del paciente.
- Entendiendo lo que hay en su historial médico y como su información de salud es usado le ayuda a
- Asegurar su precisión e integridad
 - Entender quien, que, donde, porque, y como otros pueden acceder su información de salud.
 - Hacer decisiones informadas sobre autorizar la divulgación a otros.
 - Mejor entender los derechos de información de salud detallado abajo

Sus derechos bajo to estandar de privacidad federal

Aunque su historial médico son propiedad física de OAMC, usted tiene Los siguientes derechos con respeto a su información contenido en el mismo.

- Restricción de solicitudes en ciertos usos y revelaciones de su información como oportoando por 45 CAR 164.522
- Obtener una copia de papel de este aviso del proceso de información a su solicitud.
- Examinar y copiar su historial médico como se estipula en 45 CAR 1647.528.
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en indicaciones alternativas
- Revocar su consentimiento o autorización para utilizar o revelar información de salud excepto al grado que ahiga tomado acción en confianza en el consentimiento o autorizacion.

Nuestras Responsabilidades bajo el Estándar Federal de Privacidad

Orthopaedic Associates se requiere para:

- Mantener la privacidad de su información de salud, incluyendo la implementación responsable y apropiado administrativos fisica y salvaguardias técnicas para proteger la información.
- Proveerle este aviso como son nuestros. deberes jurídicos y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud identificable individualmente que recolectamos y mantemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Notificarle si somos incapaces de llegar a un acuerdo o una restriction solicitors.
- Alojar solicitudes razonables que usted tiene que comunicar información de salud por medios alternativos o ubicaciones alternativas.

Para más Información o para Reportar un Problema

Si usted tiene cualquier pregunta y desea información adicional, puede ponerse en contacto con la gerente de oficina al 559.733.3346. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con la gerente de oficina. No habrá represalia por presentar una queja.



ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

820 S. AKERS • SUITE 220 • VISALIA, CALIFORNIA 93277
559.733.3346 • 559.625.0551 • FAX 559.733.5059 • FAX 559.734.8231

— ORTHOPEDIC SURGERY • BOARD CERTIFIED —
BURTON L. REDD, M.D. IAN C. DUNCAN, M.D.
DON SCHENGL, M.D. KAZI S. RAHMAN, D.P.M.
BRUCE N. LE, D.O., M.S. SETH CRINER, D.O., M.S.

INFORMACION DE PACIENTE

NOMBRE _____
DOMICILIO _____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CÓDIGO POSTAL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____
SEGURO SOCIAL _____
TELEFONO DE CASA _____
TELEFONO CELULAR _____
CORREO ELECTRÓNICO _____
EMPLEADOR _____
DIRECCION _____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CÓDIGO POSTAL _____
TELÉFONO DEL TRABAJO _____
OCUPACION _____
SEXO _____ RAZA _____ IDIOMA _____
ETNICIDAD _____ ESTADO CIVIL _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____
REFERIDO POR _____ MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA _____
NÚMERO DE TELÉFONO PREFERIDO PARA RECORDATORIO DE CITA _____

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DEL PLAN _____
DIRECCIÓN DE ENVÍO _____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CÓDIGO POSTAL _____
NUMERO DE GRUPO _____
NUMERO DE SUSCRIPTOR _____
FECHA EFECTIVA _____
NOMBRE DEL ASEGURADO _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
NUMERO DE TELEFONO _____

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DEL PLAN _____
DIRECCIÓN DE ENVÍO _____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CÓDIGO POSTAL _____
NÚMERO DE GRUPO _____
NUMERO DE SUSCRIPTOR _____
FECHA EFECTIVA _____
NOMBRE DEL ASEGURADO _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
NUMERO DE TELEFONO _____

SU SEGURO REQUIERE UNA AUTORIZACIÓN ANTES DE VER A UN ESPECIALISTA? SI NO
TIENE UN COPAGO? SI NO CANTIDAD _____

INFORMACIÓN DE LA COMPENSACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL

NOMBRE DE SEGURO _____
DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CÓDIGO POSTAL _____
NUMERO DE TELEFONO _____
AJUSTADOR _____
NUMERO DE TELEFONO _____
NUMERO DE FAX _____
NCM _____
NUMERO DE TELEFONO _____
NUMERO DE FAX _____

EMPLEADOR DURANTE LA LESIÓN _____
DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____ ESTADO ____ CÓDIGO POSTAL _____
NUMERO DE TELEFONO _____
FECHA DE HERIDA _____ NÚMERO DE RECLAMO _____ PARTE DEL CUERPO _____
FECHA DE HERIDA _____ NÚMERO DE RECLAMO _____ PARTE DEL CUERPO _____
FECHA DE HERIDA _____ NÚMERO DE RECLAMO _____ PARTE DEL CUERPO _____
¿NECESITA INTERPRETE? SI NO NUMERO DE TELEFONO _____
NOMBRE DE AGENCIA _____



Para identificación visual fotografiamos nuestros pacientes, por favor marque si es que no lo quiere hacer:

Por la presente autorizo directamente a Orthopaedic Associates Medical Clinic, Inc. todos los beneficios quirúrgicos y médicos de otro pagadero para servicios realizados. Por la presente autorizo a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios.

Firma _____ Relación _____ Fecha _____

* Nota: por favor avísanos si cualquier de la información anterior cambia durante el curso de su tratamiento.

Autorizo al Dr. _____ a que me examine hoy para prescribir medicamentos para mi tratamiento. En el evento que mi médico me refiere a otro proveedor, autorizó la liberación de mis archivos a ese proveedor, con el propósito de coordinación de la atención.

Autorizo la liberación a mi compañía de seguro, empleador (en caso de mi lesión relacionada con el trabajo) y/o abogado cualquier información necesaria para procesar y pagar los cargos incurridos por mi de este médico. También autorizo a mi médico liberar mis archivos relacionado con mi tratamiento a mi médico remitente y/o médico de atención primaria.

Reconozco que soy responsable por copago o saldo debido que permanecen sin pago por mi compañía de seguro.

Autorizo a mi compañía de seguro para realizar pagos directos al médico mencionado anteriormente para todos los servicios realizados.

Firma del paciente o guardián

Fecha

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que e recibido una copia de Los Orthopaedic Associates Medical Clinic, Inc., Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad describe como Orthopaedic Associates Medical Clinic, Inc. puede revelar y utilizar mi información médica protegida.

Nombre del Paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Si es firmado por el representante de la persona del paciente, indique:

Nombre del firmante _____

Relación al paciente _____

Si el reconocimiento no es firmado, indique la razón por no firmar y si han hecho esfuerzos para firmar el reconocimiento:

ORTHOPAEDIC ASSOCIATES MEDICAL CLINIC, INC, CUESTIONARIO MEDICA

Debido a los requisitos del gobierno, los doctores necesitan completa información médica de cada paciente, le pedimos que complete la siguiente forma detallada en su totalidad. Si tiene algun problema con cualquier pregunta, por favor siéntase libre de preguntar a nuestro personal para asistencia. Parte de la información puede ser sensible, descanse asegurado que el personal mantendra esta información confidencial. Gracias por su cooperación.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de hoy _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Quien es su médico principal/medico de cabecera? _____

Como fue referido a nuestra oficina? Si mis mo Sala de emergencias (¿Cual?) _____

Médico de cabecera (Nombre) _____ Otro (Nombres) _____

¿Ha visto algun otro medicos en esta oficina (Quien)? _____

PRESENTANDO QUEJA/ PROBLEMA

Razon de la visita: _____ ¿Fecha de la lesión? _____

Causa de la lesión: _____ ¿Donde ocurrió? _____

¿Relacionado con el trabajo? Si No _____ ¿Lesión previa? _____

¿Estudios anteriores? Donde preformado y fecha

Radiografias _____ Resonancia magnetica _____

Tomografias _____ Gammagrafia osea _____

Otros _____

DIBUJO DEL DOLOR

Este seguro de llenar esto extremadamente exactamente. Marca la area en su cuerpo donde siente las sensaciones desoritas. Marca la area en su cuerpo donde siente la sensación descrita con el símbolo apropiado. Marca las areas de radiación. Incluye las areas afectadas.

Entumecimiento = = = = Alfileres y agujas o o o o Ardor en el dolor x x x x

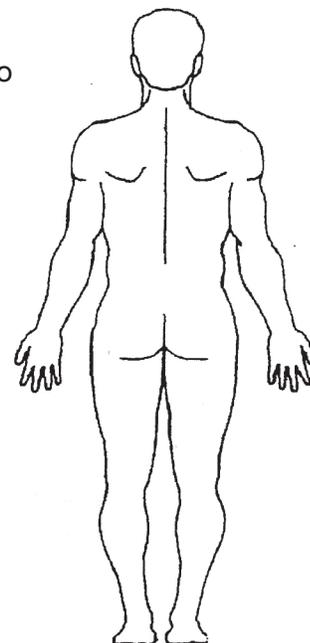
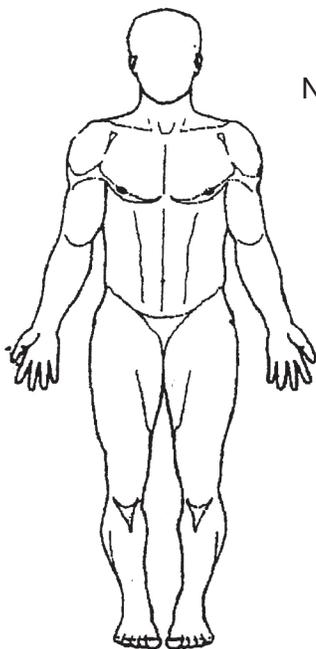
Dolor punzante //// Dolor doloroso ((((

No dolor

Dolor severo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA DE DOLOR



MEDICAMENTOS - INCLUYE SUPLEMENTOS HERBALES Y MEDICAMENTOS SIN RECETA

Medicación	Dosis	Cuántas veces al día	Medicación	Dosis	Cuántas veces al día

HISTORIA SOCIAL

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) ¿Cuántos hijos vivos? _____

¿Actualmente viviendo solo? Si No ¿Escalones en casa? Si No Número de escalones _____

Ocupación _____ ¿Sigue trabajando? Si No Si No, ¿Último día trabajado? _____

Cuanto tiempo en su trabajo presente? _____

Demandas físicas de trabajo

Pesado Moderado Liviano levantando Empujando Agachando Parado prolongado Sentado

¿Deportes / Ejercicio? Si No Pasado ¿Que tipo? _____

¿Cuántas veces a la semana? _____ Recreativo Nivel escolar / universidad Semi / profesional

¿Como le ha afectado la herida a estas actividades? _____

¿Eres claustrofóbico? Si No ¿Cualquier pieza de metal en su cuerpo? Si No

¿Otras síntomas? ¿Por favor especifique? _____

Correo electrónico _____

Nombre de farmacia _____

Dirección de farmacia _____ Número de farmacia _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

HIPPA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A LO SIGUIENTE: MÉDICOS, FAMILIA, SEGURO, PROVEEDOR DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO, ETC

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

NOMBRE DEL PADRE O EL GUARDIÁN SI EL PACIENTE ES MENOR

EN EL EVENTO QUE OAMC PUEDA NECESITAR DAR SUS RESULTADOS DE LA PRUEBA O INFORMACIÓN MÉDICA, PODREMOS:

_____ DEJAR UN MENSAJE DETALLADO EN SU MÁQUINA CONTESTADORA

_____ DEJAR UN MENSAJE CON SU ESPOSO(A) O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA

_____ HABLARLE A SU TELÉFONO CELULAR, EL NUMERO ES (_____)_____

_____ HABLARLE A SU TRABAJO. EL NUMERO ES (_____)_____

LE DOY A LOS MÉDICOS DE ORTHOPAEDIC ASSOCIATES Y PERSONAL LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A LA SIGUIENTE FAMILIA, AMISTADES, CUIDADOR, MÉDICO, SEGURO Y PROVEEDOR DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO:

NOMBRE _____ RELACIÓN AL PACIENTE _____

ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO. ENTIENDO QUE SI REVOCO ESTA AUTORIZACIÓN, NECESITO HACERLO POR ESCRITO Y PRESENTAR MI REVOCACIÓN ESCRITA AL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS DE ORTHOPAEDIC ASSOCIATES MEDICAL CLINIC, INC.

ENTIENDO QUE ESTA REVOCACIÓN NO SE APLICARÁ A INFORMACIÓN QUE YA HA SIDO LIBERADO EN RESPUESTA A ESTA AUTORIZACIÓN. ENTIENDO QUE LA REVOCACIÓN NO SE APLICARÁ A INFORMACIÓN COMPARTIDO EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO , PAGO O OPERACIONES DE SALUD.

ENTIENDO QUE AUTORIZANDO LA REVELACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN DE SALUD ES VOLUNTARIO. PUEDO NEGARME A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN Y QUE NO NECESITO FIRMAR ESTA FORMA PARA ASEGURAR EL TRATAMIENTO. ENTIENDO QUE CUALQUIER REVELACIÓN DE INFORMACIÓN LLEVA CONSIGO EL POTENCIAL PARA UNA NUEVA DIVULGACIÓN NO AUTORIZADO Y LA INFORMACIÓN PODRÍA NO SER PROTEGIDA POR LAS REGLAS FEDERALES DE CONFIDENCIALIDAD. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE LA REVELACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD, PODRE RECIBIR MÁS INFORMACIÓN DE MI MÉDICO O SU PERSONAL.

ADEMÁS QUE OTRO MODO, ESTA AUTORIZACIÓN SE EXPIRARÁ EN LA SIGUIENTE FECHA, EVENTO, O CONDICIÓN: SI NO PUEDO ESPECIFICAR UNA FECHA , ESTA AUTORIZACIÓN SE EXPIRA UN AÑO DESDE LA FIRMA EN ESTA FORMA.

FIRMA DEL PACIENTE O GUADIAN

FECHA (MM/DD/YYYY)

Orthopaedic Associates Medical Clinic
Política Financiera del Paciente

En Orthopaedics Associates Medical Clinic, estamos comprometidos a proporcionarle con la mejor atención posible y se complace en discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Nuestros honorarios para servicios se basan en el nivel de la habilidad profesional requerida, la severidad y complejidad de la herida o enfermedad, además el tiempo dedicado a tratarlo. El paciente o parte responsable, es responsable para ver que toda su factura sea pagada en su totalidad. Su claro entendimiento de nuestra política financiera es importante a nuestra relación profesional.

Seguro: La facturación de seguros es una cortesía nosotros proporcionamos a nuestros pacientes y no es requerido por la ley. Nuestros servicios profesionales son dados a un paciente, no una compañía de seguros. La compañía de seguros es responsable a los pacientes y el paciente es responsable a nosotros. Entonces, si su seguro no responde dentro de 30 días, la cuenta se hará su responsabilidad. Por favor avísanos si su compañía de seguros o poliza ha sido cambiado.

Copago: Su contrato de seguro requiere que nosotros coleccionamos su copago designado el en momento del servicio. Por favor de estar preparado para pagar su copago a cada cita.

Deducibles y coaseguros: Vamos a verificar sus beneficios de seguro y, en el momento de su cita se espera pagar un depósito hacia una cantidad estimada debida. Después de su cita, como cortesía, le facturaremos su compañía de seguro, y cualquier porción de responsabilidad del paciente serán pagados al primer recibo de su declaración del paciente. Si tiene preguntas con respecto a cualquier cantidad después que el seguro ha procesado su reclamo póngase en contacto con ellos directamente.

Servicios no Cubiertos: Si su plan de seguros determina que un servicio no es cubierto por cualquier razón, usted será responsable para el pago de los cargos. Equipo Médico Duradero (DRE): Algunos artículos DME podría ser cubiertos por su plan de seguro y se le pide que pague en su totalidad en el momento del servicio. Todos artículos son nuevos cuando se les entregan y no puede ser devuelto.

Plan de Seguro no Participantes o Fuera de la Red: Es la responsabilidad del paciente verificar si Orthopaedic Associates Medical Clinic, Inc. contrata con su plan de seguro. Cualquier saldo pendiente son la responsabilidad del paciente. Las compañías de seguros establecen su propio habitual y habitual o fuera de la red cuando se discute nuestras matrículas.

Referidos: Si su plan de seguro requiere un referido de su médico de atención primera es su responsabilidad obtener esto antes de su cita y tenerlo con usted a la hora de la cita. Sino tiene su referido es posible que debe reprogramar.

Compensación de Trabajador / Otros casos de Accidentes: Para que nosotros podamos presentar un reclamo con su compensación de trabajador o otro transportista de responsabilidad usted debe proveer completa información de facturación. Sin esta información no podemos facturarle a su seguro y le vamos a pedir pago completo en el momento del servicio.

Los pacientes serán financieramente responsables por servicio médicos relacionado a la compensación del trabajador del trabajo/accidente si el seguro falla a pagar en complete. No facturarle abogados para servicios médicos.

Auto Pago/Sin Seguro: Pago completo es requerido para todos los pacientes auto pago.

Para pacientes nuevos, un depósito de \$250 es requerido el día de su cita antes de ser visto por el proveedor. Cualquier tarifa restante será recogida en su siguiente cita.

Menores de Padres Divorciados y Casos de Custodia Infantil: Los dos padres son financieramente responsables por la atención prestada a los menores infantiles. No nos involucramos en situaciones de divorcio y el padre que firme por el niño es quien será financieramente responsable y cualquier declaración será enviada directamente a ese padre.

Cargos de Cirugía Postoperatoria: Siguiendo la mayoría de los procedimientos quirúrgicos las visitas a la original relacionadas son incluidas y no se cargará durante los 10 o 90 días del periodo post operatorio. Servicios como radiografías, fundición y materiales, equipo médico durable, y inyecciones será cobrado por separado durante este tiempo.

Pagos por servicios puede ser pagado en efectivo, cheque personal, Visa, Mastercard, Discover, o American Express. Las partes responsables serán responsables para cobrar en la cuenta, incluyendo costos de la corte sí debe ser necesaria la acción. Cualquier cheque regresado del banco por no pago (fondos insuficientes) resultará en la cuenta del pacientes evaluada in cobro de \$35 por cheque devuelto. Por favor firme que usted leyó y estoy de acuerdo a este Plan Financiero.

Firma del Responsable del Partido _____ Fecha _____

Nombre del Paciente (si es diferente del Partido Responsable) _____