



Carta al Paciente

Muchas gracias por permitir al Centro de Cáncer Rio Bravo a participar en el cuidado de su salud.

Nosotros entendemos la confusión y las emociones que nuestros pacientes experimentan y les proveemos calidez y compasión no solo a nuestros pacientes sino a sus familias. Ser diagnosticado con Cáncer es un evento que cambia nuestras vidas. Entendemos que esto crea confusión y cambios en nuestras emociones.

El Centro de Cáncer Rio Bravo fue fundado con una simple meta que es de proveer honestidad y guía a todos los pacientes y a sus respectivas familias.

También nos tomamos tiempo de conocer a nuestros pacientes, que luego se convierten en nuestra propia familia. Todo nuestro equipo tiene un solo objetivo y es hacer que cada vez esos encuentros se conviertan agradables. Si usted tiene preguntas, no dude en preguntar seguro y confiado y directamente a uno de los miembros de nuestro equipo a El Centro de Cáncer Rio Bravo.

Recuerde que usted no está solo y estamos aquí para ayudarlo a usted y a su familia. Les agradecemos a ustedes el permitirnos ser parte de esa trayectoria y mejorar el bienestar de su salud.

Dr. Ricardo Salas
Director de Hematología Oncology

Dr. Jekwon Yeh
Director de Radiación Oncology

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip

SS#: _____ - _____ - _____ Hombre / Mujer Estado Civil (Opcional): Circule una Soltero Casado Divorciado Viudo

Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Teléfono Celular: (_____) _____ - _____

Dirección Electronica (Email): _____

Atención: Nosotros usaremos su dirección y números de teléfono listados en la parte de arriba para contactarlo a ud. Y le enviaremos una copia por correo de sus visitas, y le dejaremos mensajes acerca de su cuidado. Porfavor contacte a la Gerente de la oficina si ud quisiera poner una restricción del uso de la información para estos propósitos.

MÉDICO REFERENTE:

Nombre: _____ Oncólogo Urólogo Oreja, Ariz, Garganta Ginecólogo

Telefono de Oficina: (_____) _____ - _____ Fax de Oficina: (_____) _____ - _____

Dirección: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

MÉDICO PRIMARIO:

Nombre: _____

Telefono de Oficina: (_____) _____ - _____ Fax de Oficina: (_____) _____ - _____

Dirección: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Enviaremos los registros automáticamente a sus médicos.

¿Desea que enviemos los registros a cualquier otro médico que participe en su cuidado? SÍ NO

OTRO MÉDICO:

Nombre: _____

Telefono de Oficina: (_____) _____ - _____ Fax de Oficina: (_____) _____ - _____

Dirección: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

INFORMACIÓN RELATIVA (Cónyuge/Otro significado):

Nombre: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Hombre / Mujer
Teléfono: (____) ____ - ____ Teléfono móvil: (____) ____ - ____
Teléfono del trabajo: (____) ____ - ____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____

ALTERNATIVA / INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Excepto su Cónyuge/Otro Significativo):

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: (____) ____ - ____ Teléfono móvil: (____) ____ - ____
Teléfono del trabajo: (____) ____ - ____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____

¿Es usted un paciente en una casa de reposo especializada? SÍ NO Si sí dónde: _____

Empleado: SÍ NO

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Etnicidad: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Caucásico
 Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Negarse a Contestar
 Hispano o Latino No Hispano o Latino Negarse a Contestar

Lengua Hablada: _____ Idioma Preferido: _____

INFORMACIÓN DE PARTE RESPONSABLE

Nombre de la Parte Responsable: _____ Relación con el paciente: _____
Persona responsable del pago si no es paciente

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip

Teléfono: (____) ____ - ____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Nombre del Seguro: _____ El Suscriptor: _____

DOB: ____ / ____ / ____ ID de miembro#: _____ Grupo #: _____

Fecha de vigencia: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA SECONDARIA

Nombre del Seguro: _____ El Suscriptor: _____

DOB: ____ / ____ / ____ ID de miembro#: _____ Grupo #: _____

Fecha de vigencia: ____ / ____ / ____

¿CÓMO ELIGIÓ RIO BRAVO CANCER CENTER?

- Amigo Comercial de Televisión Anuncio en el periódico Referencia de Doctor
- Otro: _____

Liberación de Registros Médicos, Información Médica y Asignación de Beneficios de Seguro

Yo firmo como paciente responsable o a terceros y ante nuestra presencia y autorizo a la oficina, el agente o empleado a revelar una y todas las partes mencionadas. Los registros médicos con cualquier entidad que sea elegible total o una parte de los cobros de cualquier proveedor. Yo autorizo a revelar los archivos médicos necesarios para la asistencia de la devolución de los beneficios del paciente titulado.

Solicito y autorizo, que los beneficios del pago/del seguro sean hechos directamente al Centro de Cáncer Rio Bravo por cualquier servicio que sea proporcionado por el Centro de Cáncer de Rio Bravo del paciente arriba mencionado. Esta firma será suficiente para todos los formularios y formas del seguro.

Estoy de acuerdo en pagar al Centro de Cáncer Rio Bravo por todos los cargos y servicios, no cubiertos por el seguro. Reconozco que el Centro de Cáncer Rio Bravo no cobra al seguro ni a terceras personas en nombre del paciente.

Firma del Paciente o Representante

Fecha



HISTORIA MEDICA FORMA

Por favor complete antes de su cita para que tengamos información actualizada.

Nombre: _____

INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO:

¿A qué tipo de problema médico fue referido? _____

¿Alguna vez ha recibido terapia de radiación (rayos x terapia o tratamientos UV) en el pasado? _____

¿Alguna vez ha recibido quimioterapia en el pasado? _____

PROBLEMAS MÉDICOS.

- 1. _____ 4. _____
- 2. _____ 5. _____
- 3. _____ 6. _____

OPERACIONES:

- Procedimiento: _____ Fecha: _____
- Procedimiento: _____ Fecha: _____
- Procedimiento: _____ Fecha: _____
- Procedimiento: _____ Fecha: _____

MEDICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA (i.e. mg)	FRECUENCIA (i.e. once a day)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Farmacia Nombre: _____

Telefono: (_____) _____ - _____ Ciudad: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTO: SÍ NO

NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

CÁNCER EN LA FAMILIA:

RELACIÓN	TIPO DE CÁNCER	¿ESTA LA PERSONA VIVA?
_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SALUD GENERAL:

¿Con quien vive usted? _____ Yo vivo sola

¿Usted tiene niños? SÍ NO # de niños hombres _____ # de niños mujeres _____

¿Que clase de trabajo hace usted? _____

¿Usted necesita transportación? SÍ NO ¿Usted sube escaleras en su casa? SÍ NO Si es SÍ ¿cuántas sube? _____

¿Usted fuma? SÍ NO ¿Cuántos por día? _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Usted dejó de fumar desde cuando? _____ ¿Cuántos fumaste por día? _____

¿Cuántos años? _____

¿Usted toma alcohol? SÍ NO ¿Cuánto por día? _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Cuando dejo de tomar? _____

¿Usas drogas? (las respuestas son confidenciales) _____

¿HA USTED EXPERIMENTADO?	SÍ/NO	COMENTARIOS
GENERAL:		
Fiebre, Sueños Sudosos	SÍ NO	
Cambio de Peso	SÍ NO	
Cambio en el Nivel de Energía	SÍ NO	
PIEL:		
Infecciones	SÍ NO	¿Dónde?
Ronchas	SÍ NO	¿Dónde?
Cambio del Color de Piel	SÍ NO	¿Dónde?
CABEZA:		
Dolor de Cabeza	SÍ NO	¿Cuántos Días?
Lesiones	SÍ NO	¿Cuando?
OJOS:		
Problemas en los Ojos	SÍ NO	

OREJAS/ NARIZ/GARGANTA:

Sangramiento	SÍ	NO	
Problemas al Escuchar	SÍ	NO	
Mareos	SÍ	NO	
Pérdida de Conciencia	SÍ	NO	
Problemas de Garganta	SÍ	NO	

PULMONES:

Tose	SÍ	NO	
Ensangrentado	SÍ	NO	
Problemas de Respiración	SÍ	NO	

CUELLO:

Problemas de la Tiroides	SÍ	NO	
Masas en el Cuello	SÍ	NO	

CORAZÓN:

Angina/Dolor de Pecho	SÍ	NO	
Problemas Respiratorios cuando se Dobra Hacia Abajo	SÍ	NO	
¿Problemas del corazón? Ataques	SÍ	NO	
Hinchazón de las Extremidades	SÍ	NO	

SENOS/PECHO:

Cambio de tamaño en senos	SÍ	NO	
Flujo en los Pezones	SÍ	NO	

INTESTINOS:

Fecha de la última colonoscopia			Fecha:
Problemas al Tragar	SÍ	NO	
Úlceras en el Intestino	SÍ	NO	
Problemas con Hígado	SÍ	NO	
Dolor Abdominal	SÍ	NO	
Sangre en las Heces	SÍ	NO	
Estreñimiento	SÍ	NO	
Diarrea	SÍ	NO	
Cambio del Color de las Heces	SÍ	NO	

GENITUORINARIA:

Problemas al Orinar	SÍ	NO	
---------------------	----	----	--

Sangre en la Orina	SÍ	NO	
Frecuencia Urinaria	SÍ	NO	
Hombres: Problemas de Erección	SÍ	NO	
MUSCULATURA:			
¿Músculo o dolor en el hueso?	SÍ	NO	
¿Músculo o Herida en el hueso?	SÍ	NO	
NEUROLOGICO:			
Convulsiones	SÍ	NO	
Parálisis o Debilidad	SÍ	NO	¿Dónde?
Heridas en la Cabeza	SÍ	NO	
Desmayos	SÍ	NO	
Ataques Fulminantes	SÍ	NO	¿Dónde?
HEMATOLOGIA:			
Problemas de Audición	SÍ	NO	¿Dónde?
Sangrado/Hemorragias	SÍ	NO	¿Dónde?
Problemas de Cicatrización	SÍ	NO	
PSIQUIATRA:			
¿Problemas Psiquiátrico?	SÍ	NO	
HORMONAS:			
Problemas Hormonales	SÍ	NO	

SOLO MUJERES-Conteste las Preguntas que Quedan

¿HA USTED EXPERIMENTADO?	SÍ/NO		COMENTARIOS
Cambio en los Senos	SÍ	NO	
Dolor en los Senos	SÍ	NO	
Cambio en la Piel de los Senos	SÍ	NO	
Sangre en el Pezón	SÍ	NO	
Sangrado Vaginal	SÍ	NO	
Flujo Vaginal	SÍ	NO	
¿HA USTED TENIDO ALGO DE ESTO?			
Mamogramas	SÍ	NO	Fecha de su Último Mamograma:
Papanicolau	SÍ	NO	Última fecha del Papanicolau
Periodos	SÍ	NO	Fecha de su Último Periodo
Embarazos	SÍ	NO	Cuántos: Fecha del Primero:
Abortos Espontaneos	SÍ	NO	Cuántos:
Abortos	SÍ	NO	Cuántos:



INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE LA REVELACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Rio Bravo Cancer Center
4500 Morning Drive Suite 105
Bakersfield, CA 93306
Tel: (661) 491-5060
Fax: (844) 742-2324

Esta forma es usada para que El Centro de Cáncer Rio Bravo pueda solicitar expedientes de otros Doctores que han participado en su cuidado de salud.

REVELACIÓN E INFORMACIÓN DE:

Por favor organice y especifique Nombres/Direcciones:

REVELACIÓN E INFORMACIÓN PARA:

Nombre de la Organización:

El Centro de Cancer Rio Bravo

Dirección:

**4500 Morning Drive Suite 105
Bakersfield, CA 93306**

Teléfono:

(661) 491-5060

Fax:

(844) 742-2324

Firmando esta Autorización, Yo autorizo a el proveedor de cuidado de salud a revelar mi información protegida e información de mi salud.

INFORMACIÓN E IDENTIFICACION EN EL TIEMPO DEL SERVICIO

Nombre Completo del Paciente.: _____

Apellido Materno o Otro nombre que ha usado: _____

DOB: _____ / _____ / _____ Expediente Medico #: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad State Zip

Cobertura del período de salud:

De (Fecha): _____ / _____ / _____ A (Fecha): _____ / _____ / _____

1. Información incluida en mi expedientes:

- Radiología e Imagenes del Diagnostico y Reportes Reportes Patologicos Tests del Laboratorio
 Otros (por favor especifique): _____ Todos

Incluya lo siguiente si es posible:

- Expediente completo de su salud Visitas/e información cuando le dieron de Alta Documentación y Consulta de la Clínica
 Records de las vacunas Reportes de su progreso Fotografías, Videos e Imágenes Digitales

2. Si aplica, Yo doy permiso de lo siguiente "Protección e Información Protección de la Salud" debe ser revelada (ponga sus Iniciales abajo)

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia Humana (VIH)
 Servicio de Comportamiento de salud/ Cuidado psiquiatrico Tratamiento de Alcohol o Abuso de Drogas
 Enfermedades que se transmiten por el sexo(STD) Consejería Genética/Probando

Yo entiendo que la información confirma por esta Autorización y excepto que en esta información es protegida por la ley Federal y el Estado acerca de la confidencialidad del expediente de drogas y alcohol. HIV y Salud Mental, puede estar sujeta a re-revelar por este medio no más protegida por la privacidad y regulaciones o otras leyes que apliquen a las leyes federales y del Estado. _____ Iniciales aqui.

3. El propósito de esta revelación es autorizada (marque donde sea aplicable)

- Cuidado Medico Seguro Beneficio de Elegibilidad Inmunizacion
 Otros: _____

4. Yo entiendo que yo Tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

Yo entiendo que si rechazo esta autorización Yo debo de hacerlo por escrito y presentando el rechazo a mi proveedor de cuidado.

Yo entiendo que el rechazo no aplica a la información de la cual ha sido revelada en respuesta a esta autorización.

Yo entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de revisar o impugnar una reclamación. Salvo revocación de lo contrario, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición

(Fecha): _____ / _____ / _____ (OK PARA DEJAR BLANCO) Ilimitado

Si no especifico una fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización expirará en 90 días. Si esta autorización se refiere a sí mismo como el paciente, la fecha de vencimiento puede ser documentada como ilimitada. Si se documenta como ilimitado, (Inicial aquíes _____) responsabilidad del individuo notificar la práctica de cualquier cambio en la vida, es decir, la tutela, de manera que se proporcione la documentación apropiada para el cambio.

5. Yo entiendo que cualquier revelación de mi salud e información puede cargar con el potencial de no ser autorizada y futuramente re-revelada, y permitida por HIPAA y otra privacidad y reglas federales. Si yo tengo preguntas acerca de mis revelaciones e información de mi salud, yo puedo contactar al proveedor de mi cuidado.
6. Esta facilidad, sus empleados, oficinistas y doctores son libres de cualquier responsabilidad legal o divulgación de la información ya arriba mencionada aquí y en la medida que es autorizada.

Firma del Paciente- (Padre o Representante Legal o Responsable)

(Relación si no es el paciente)

Identificación del Proveedor: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Testigo o Notario(Esta autorización debe ser notarizada si la información ha sido revelada a un abogado.



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**
PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Rio Bravo Cancer Center
4500 Morning Drive Suite 105
Bakersfield, CA 93306
Tel: (661) 491-5060
Fax: (844) 742-2324

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

de Paciente: _____

Yo entiendo que bajo la Ley de 1996 (HIPAA) Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad, tengo ciertos derechos del paciente con respecto a mi información de salud protegida.

Yo entiendo que Rio Bravo Cancer Center puede utilizar o divulgar mi información de salud protegida para tratamiento, pago o operaciones de atención médica - lo que significa la prestación de atención de salud para mí, el paciente; el manejo de facturación y pago; y, el cuidado de otras operaciones de atención médica. A menos que lo requiera la ley, no habrá ningún otro uso o divulgación de esta información sin mi autorización.

Rio Bravo Cancer Center tiene un documento detallado denominado "Aviso de Prácticas de Privacidad". Contiene una descripción más completa de sus derechos a la intimidad y a la forma en que puede utilizar y divulgar la información de salud protegida.

Yo entiendo que tengo el derecho de leer el "Aviso" antes de la firma este acuerdo. Si pregunto, Rio Bravo Cancer Center me proporcionará la notificación más reciente de prácticas de privacidad.

Mi firma abajo indica que se me ha dado la oportunidad de revisar la dicha copia de Notificación de Prácticas de Privacidad. Mi firma significa que estoy de acuerdo en permitir que Rio Bravo Cancer Center utilice y divulgue mi información médica protegida para realizar el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Rio Bravo Cancer Center ha tomado acción confiando en este consentimiento.

Firma

Si no está firmada por el paciente, por favor, indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incompetente

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro "Aviso" en cualquier momento poniéndose en contacto con: Rio Bravo Cancer Center Attn: Coordinador de Privacidad de HIPAA a la dirección anterior.

Sólo para uso oficial:

Complete the following only if the Patient refuses to sign the Acknowledgment:

Efforts to obtain: _____

Reasons for refusal: _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso de Prácticas de Privacidad (“Aviso”), por favor póngase en contacto con:

Oficial de Privacidad: Kim Taylor
Teléfono: 661-491-5060

Sección A: ¿Quiénes Cumplirán Esta Notificación?

Este aviso describe Rio Bravo Cancer Center (en lo sucesivo denominado “Proveedor”) Prácticas de Privacidad y las de:

Cualquier miembro de la fuerza de trabajo autorizado para crear la información médica que se refiere la información como de Protección de la Salud (PHI) que se puede utilizar para los propósitos tales como tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Estos miembros de la fuerza de trabajo pueden incluir:

- Todos los departamentos y unidades del Proveedor.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios.
- Todos los empleados, personal y demás personal del Proveedor.
- Cualquier entidad que presta servicios bajo la dirección y control del Proveedor seguirá los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y lugares pueden compartir información médica entre sí para tratamiento, pago o atención médica con fines operacionales descritas en este aviso.

Sección B: Nuestro Compromiso Con Respecto a la Información Médica

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica acerca de usted. Creamos un registro del cuidado y servicios que recibe en el proveedor. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados o mantenidos por el proveedor, ya sea por personal del proveedor o por su médico personal.

Este aviso le dirá sobre las maneras en que podemos usar y revelar información médica acerca de usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y revelación de la información médica.

Estamos obligados por ley a:

- Asegúrese de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, y
- Cumplir con los términos de la Notificación que está actualmente vigente.

Sección C: Cómo podemos usar y revelar información médica sobre usted

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que usamos y revelamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o revelaciones en una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías.

- **Tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención de salud, u otro personal del proveedor que están involucrados en el cuidado de usted en el proveedor. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retardar el proceso de curación. Además, el médico puede necesitar decirle al dietista si usted tiene diabetes para que podamos hacer arreglos para comidas apropiadas. Los diferentes departamentos del proveedor también pueden compartir información médica sobre usted con el fin de coordinar los diferentes elementos, tales como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos revelar información médica acerca de usted a personas ajenas al Proveedor que puedan estar involucrados en su atención médica después de dejar el Proveedor.
- **Pago.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que usted recibe en el proveedor puedan ser facturados y el pago puede ser recogida de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos dar a su plan de salud acerca de la cirugía que usted recibió en el proveedor para que su plan de salud nos pague o le reembolse el procedimiento. También podemos informar a su plan de salud acerca de un tratamiento prescrito para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

- **Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para las operaciones del proveedor. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar el proveedor y asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes del proveedor para decidir qué servicios adicionales que el proveedor debe ofrecer, qué servicios no son necesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención de salud, y otro personal del proveedor para fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros proveedores para comparar nuestro desempeño y ver donde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifique de este conjunto de información médica para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y la prestación de asistencia sanitaria sin tener que aprender la identidad de un paciente.
- **Recordatorios de Citas.** Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en el proveedor.
- **Alternativas de Tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.
- **Salud - Beneficios y Servicios Relacionados.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud.
- **Actividades Para Recaudar Fondos.** Podemos usar su información para comunicarnos con usted en un esfuerzo para recaudar fondos para el Proveedor y sus operaciones. Podemos divulgar información a una fundación relacionada con el proveedor para que la fundación pueda comunicarse con usted acerca de la recaudación de dinero para el proveedor. Sólo divulgaremos información de contacto, tales como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el proveedor. Si usted no desea que el proveedor lo contacte a usted para recaudar fondos, deberá notificarnos por escrito y se le dará la oportunidad de “retirarse” de estas comunicaciones.
- **Las Autorizaciones Requeridas.** No vamos a utilizar su información médica protegida para fines no permitidos específicamente por las leyes o reglamentos federales o estatales sin su autorización por escrito, lo que incluye los usos de su PHI para su comercialización o actividades de ventas.
- **Emergencias.** Podemos usar o divulgar su información médica si usted necesita tratamiento de emergencia, o si estamos obligados por ley a tratarlo, pero no podemos obtener su consentimiento. Si esto ocurre, vamos a tratar de obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de que lo tratemos.
- **Notas de Psicoterapia.** Las notas de psicoterapia no se otorgan protecciones estrictas en virtud de varias leyes y reglamentos. Por lo tanto, vamos a notas de psicoterapia divulgación sólo con su autorización por escrito, con excepciones limitadas.
- **Barreras de Comunicación.** Podemos usar y divulgar su información de salud si no somos capaces de obtener su consentimiento debido a las barreras de comunicación importantes, y creemos que usted quiere que tratemos a usted si pudiéramos comunicarnos con usted.
- **Directorio de Proveedores.** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de proveedores, mientras que usted es un paciente con el proveedor. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el proveedor, su condición general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, también puede ser divulgada a personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino, aunque no pregunten por usted por su nombre. Esto para que su familia, amigos y el clero puedan visitar con el proveedor y en general saben, como están.
- **Personas Involucradas en su Cuidado o Pago de su Atención.** Podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o miembro de la familia que esté involucrado en su atención médica y también podemos dar información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado, a menos que usted se oponga por escrito y nos pida no proporcionar esta información a específico individuos. Además, podemos divulgar información médica acerca de usted a una entidad asistiendo en un esfuerzo de alivio de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.
- **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar información médica acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de los pacientes a la privacidad de su información médica. Antes de usar o divulgar información médica para

investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación, pero podemos, sin embargo, revelar información médica acerca de usted a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que revisen no salga del Proveedor. Nosotros casi siempre normalmente solicitaremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si participará en su atención en el proveedor.

- **A Medida que lo Requiera la Ley.** Revelaremos información médica acerca de usted cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.
- **Para Evitar una Amenaza Seria a la Salud o a la Seguridad.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **El Uso de Correo Electrónico.** Correo electrónico sólo será utilizada siguiendo las políticas y prácticas actuales de la Organización y con su permiso. Se recomienda el uso de seguro, correo electrónico cifrado.

Sección D: Situaciones Especiales

- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órgano o tejido y trasplante.
- **Militares y Veteranos.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.
- **Compensación de Trabajadores.** Podemos revelar información médica acerca de usted para la compensación de trabajadores o programas similares.
- **Riesgos de Salud Pública.** Podemos revelar información médica acerca de usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
 - Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - Reportar nacimientos y muertes;
 - Reportar el abuso o descuido de niños;
 - Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - Notificar a la gente acerca de revocaciones de productos que puedan estar usando;
 - Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, y
 - Para notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.
- **Actividades de Supervisión de Salud.** Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Aplicación de la Ley.** Podemos divulgar información médica si nos lo pide un oficial de la ley:
 - En respuesta a una orden judicial, citación, orden, citación o proceso similar;
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - Sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
 - Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
 - Acerca de conductas delictivas en el proveedor, y
 - En circunstancias de emergencia, para reportar un crimen, la ubicación del crimen o víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos revelar su información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes del Proveedor a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
- **Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia.** Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de Protección del Presidente y Otros.** Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estados extranjeros o para realizar investigaciones especiales.
- **Los Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica acerca de usted a la institución correccional o al funcionario policial. Esta divulgación sería necesaria para que la institución le brinde atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o la seguridad de la institución correccional.

Sección E: Sus Derechos Respecto a Información Médica Sobre Usted

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a Acceder, Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene el derecho a acceder, inspeccionar y copiar la información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones acerca de su cuidado, con unas pocas excepciones. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero puede no incluir notas de psicoterapia. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle un cargo por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud.
- **Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar la información médica en ciertas circunstancias muy limitadas.** Si se le niega el acceso a la información médica, en algunos casos, usted puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud escogido por el proveedor revisará su solicitud y la negación. La persona que conduce la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Derecho a Enmendar.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea mantenida por o para el proveedor. Además, usted debe proporcionar una razón que apoye su petición.
- **Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición.** Además, podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que:
 - No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
 - No es parte de la información médica mantenida por o para el proveedor;
 - No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o
 - Es exacta y completa.
- **Derecho a una Contabilidad de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un “informe de divulgaciones”. Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho de su información médica. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003.
- Su solicitud debe indicar en qué forma desea la contabilidad (por ejemplo, en papel o electrónicamente, si está disponible). La primera contabilidad que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos del costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos.
- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos acerca de usted para operaciones de pago o de la salud. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que usted tuvo. En su solicitud, debe decirnos qué información desea limitar, si usted quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y quién quiere que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). No estamos obligados a aceptar este tipo de petición. No vamos a cumplir con todas las peticiones para restringir el uso o el acceso de su información médica con fines de tratamiento.

Usted también tiene el derecho de restringir el uso y divulgación de su información médica de un servicio o artículo para el cual usted ha pagado de su bolsillo, para el pago propósitos (es decir, los planes de salud) y (tratamiento, pero no operativo), si usted ha pagado por completo su factura por este artículo o servicio. No vamos a aceptar su solicitud de este tipo de restricción hasta que haya pagado por completo el proyecto de ley (saldo cero) de este artículo o servicio. No tenemos la obligación de notificar a otros proveedores de salud de estas restricciones, es su responsabilidad.

- **Derecho a Recibir Notificación de un Fallo.** Estamos obligados a notificarle por correo de primera clase o por correo electrónico (si ha indicado una preferencia para recibir información por correo electrónico), de cualquier infracción de la información médica protegida sin garantía tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso, no más tarde de 60 días tras el descubrimiento de la infracción. “Sin garantía de información de salud protegida” es información que no está asegurada a través del uso de una tecnología o metodología identificada por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. para hacer que la información de salud protegida inutilizable, ilegible, e indescifrable a los usuarios no autorizados. Se requiere que el aviso de incluir la siguiente información:
 - Una breve descripción de la violación, incluida la fecha de la infracción y la fecha de su descubrimiento, si se conoce;
 - Una descripción del tipo de información de salud protegida sin garantía implicada en la infracción;
 - Pasos que debe tomar para protegerse frente a posibles daños resultantes de la violación;
 - Una breve descripción de las acciones que estamos tomando para investigar la infracción, mitigar las pérdidas, y proteger contra nuevas infracciones;
 - Información de contacto, incluyendo un número de teléfono gratuito de teléfono, dirección de correo electrónico, sitio Web o una dirección postal para permitir que para hacer preguntas o para obtener información adicional.

En el caso de que el incumplimiento implica 10 o más pacientes cuya información de contacto está actualizada publicaremos un aviso de la violación en la página de inicio de nuestro sitio web o en una impresión de mayor o medios de difusión. Si la infracción implica a más de 500 pacientes en el estado o jurisdicción, le enviaremos avisos a los medios de comunicación importantes. Si la infracción implica a más de 500 pacientes, tenemos la obligación de notificar inmediatamente al Secretario. También tenemos la obligación de presentar un informe anual al Secretario de violación que involucró a menos de 500 pacientes durante el año y mantendrá un registro escrito de las infracciones que implican menos de 500 pacientes.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en el trabajo o en papel o por correo electrónico. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.
- **Derecho a una Copia Impresa de este Aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Usted puede obtener una copia de este aviso en www.kernradiology.com.

Para ejercitar los derechos arriba mencionados, por favor póngase en contacto con la persona que aparece en la parte superior de este Aviso para obtener una copia del formulario correspondiente que tendrá que completar para hacer su solicitud.

Sección F: Modificaciones a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el Aviso revisado o cambiado para información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual. El aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre o sea admitido al proveedor para recibir tratamiento o servicios de atención médica como paciente interno o externo, le ofreceremos una copia del aviso actual en vigencia.

Sección G: Quejas

Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted puede presentar una queja ante el proveedor o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos; <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

Para presentar una queja ante el proveedor, póngase en contacto con la persona que aparece en la primera página de este aviso. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Sección H: Otros usos de la Información Médica

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o revelar información médica sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, nosotros no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización escrita. Usted entiende que no podremos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le hemos proporcionado.

Sección I: Arreglo de Salud Organizado

El Proveedor, los miembros independientes del contratista de su personal médico (incluyendo a su médico) y otros profesionales de la salud afiliados con el proveedor han acordado, según lo permitido por la ley, para compartir información sobre su salud, a los fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. Esto nos permite responder mejor a sus necesidades de salud.

Fecha Efectiva Original: 15 de Julio de 2003.