

ARIZONA DESERT

EAR, NOSE & THROAT SPECIALISTS

A Division of Palo Verde Hematology Oncology LTD

Los proveedores y el personal de Arizona Desert ENT Oído, Nariz y Garganta se esforzará para hacer su experiencia con nuestra práctica lo más positiva posible. Su salud y su experiencia en nuestras oficina son nuestras principales prioridades. Le animamos a enviarnos sus comentarios, cuando hacemos algo bien y cuando podía hacerlo mejor.

Nuestro Compromiso con Usted

Vamos a enviar sus recetas de forma electrónica a la farmacia para reducir al mínimo el tiempo que pasas esperando. Como parte de Arizona Desert ENT Oído, Nariz y Garganta utiliza un estado de la técnica del Sistema Electrónico de Registro de Salud, que ayuda a coordinar su atención con nuestros colegas de Arizona Desert ENT que participan en otras especialidades. Después de cada usted recibirá un resumen de su experiencia del paciente. Nos disculpamos de antemano por el tiempo de espera, que visita, sabemos que puede ser frustrante. Ofrecemos a todos nuestros pacientes con el tiempo todo lo que necesita y no siempre pueden anticipar retrasos.

Nombramiento de cancelación

En un esfuerzo por hacer que su experiencia sea lo más conveniente posible le pedimos que mantenga la oficina y citas programadas de cirugía. **El aviso de cancelación mínimo es de 48 horas para las visitas al consultorio y 2 semanas para la cirugía.** Si bien entendemos que las emergencias médicas y familiares se producen, se requerirá documentación por escrito de cancelación o reprogramar las solicitudes de las cirugías que se realizan dentro de 2 semanas de la cirugía programada.

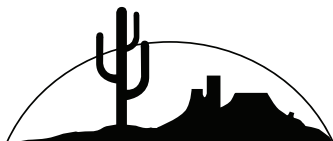
Citas quirúrgicas, en particular, implican un compromiso por parte de nuestros médicos que le brinde atención. Debido a la naturaleza única de la cirugía, y la coordinación de tiempo con los hospitales y otro personal médico, no somos capaces de volver a programar fácilmente las citas quirúrgicas. Una vez que una cita quirúrgica se hace, lo vamos a respetar y pedimos que lo haga también.

Si no se presenta en múltiples ocasiones para las visitas de oficina o de cualquier cirugía, o cancelar su cirugía con menos de 2 semanas de anticipación (salvo en caso de emergencia documentados) que puede negarse a concertar otra cita y que pueden descargar desde nuestra práctica, por razones disciplinarias. A veces, la evaluación médica o autorización es necesaria por su médico antes de la cirugía para hacer la cirugía lo más segura posible. Haremos todo lo posible para ayudarle con eso y programará su cirugía una vez que la evaluación es completa.

Facturación y Forma de Pago

Nuestro software de gestión de la práctica nos dice, por adelantado, lo que es su responsabilidad financiera para su cita en la oficina o la cirugía. Esperamos que el pago se hará en el momento del servicio. Podemos aplicar un recargo si el pago no se realiza en el momento del servicio y una declaración debe ser enviada. Su parte de responsabilidad financiera para la cirugía debe ser pagado dentro de 2 semanas de su fecha programada quirúrgica, o la cita quirúrgica puede ser pospuesta hasta que el pago se hace. Los saldos pendientes deben resolverse antes de programar las citas más o cirugía con nosotros.

Yo entiendo esta política: Nombre: _____ Fecha: _____



ARIZONA DESERT

EAR, NOSE & THROAT SPECIALISTS

A Division of Palo Verde Hematology Oncology LTD

Información Personal

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

DOB: _____ Edad: ____ Seguridad Social #: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Calle Apto # Ciudad / Estado / Código Postal

Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Cell Phone: _____

Género: M F Idioma: ENG SPAN OTROS: _____ Estado civil: S M W D O

Raza / Etnia: ____ Blanco ____ Negro / Afroamericano ____ Indio Americano ____ Nativo de Alaska ____ Asiático
____ Nativo de Hawai / Islas del Pacífico ____ Hispano / Latino ____ Otro _____

Ocupación: _____ Jubilado: ____ Sí ____ No De: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Financiero Responsable de Información

Nombre de la Persona Responsable: _____ Relación con el Paciente: _____

DOB: _____ Edad: _____ Seguridad Social #: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el Paciente: _____

Información del Seguro

Primaria de Seguros: _____ Dirección: _____

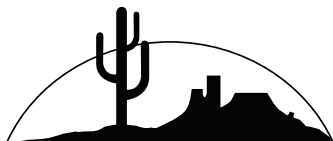
Número de Póliza _____ Número del grupo: _____

Nombre del titular de Póliza: _____ DOB _____ Relación con el Paciente: _____

Seguro de Secundaria: _____ Dirección: _____

Número de Póliza _____ Número del grupo: _____

Nombre del titular de Póliza: _____ DOB _____ Relación con el Paciente: _____



ARIZONA DESERT

EAR, NOSE & THROAT SPECIALISTS

A Division of Palo Verde Hematology Oncology LTD

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Razón de la visita

Razón principal de la visita: _____ Los síntomas Fecha en que empezó: _____

Refiriéndose Médico: _____ Número de teléfono: _____

Relacionado a un accidente de auto? SI NO Relacionado con el trabajo? SI NO Fecha de la lesion: _____

Estás embarazada? SI NO Alguien más ha visto en su familia uno de nuestros médicos? SI NO

Historial Medico

Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

	Si	No		Si	No		Si	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personas con problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

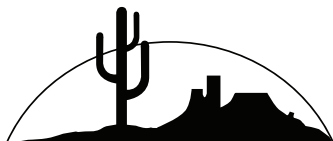
Revisión de los Síntomas

Sus actualmente experimentando cualquiera de los siguientes problemas?

	SI	NO	Explicacion		SI	NO	Explicacion
Problemas con la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas muscuesqueletal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	-Dolor chronico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	-Terapia cronica de opiaceos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de los rinones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	-Dolor de espalda o cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de hidago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas neurologicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas siguitricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de ensagramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas con el tyroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Perdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Historial médico familiar-Por favor, indique miembro de la familia o ninguno

	Madre	Padre	Abuelo	Hermano	Niño	Ninguno
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incautación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ARIZONA DESERT

EAR, NOSE & THROAT SPECIALISTS

A Division of Palo Verde Hematology Oncology LTD

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Historia Quirúrgica

Qué procedimientos quirúrgicos ha tenido? (Por favor, indique las fechas) _____

Historia Social

Alguna vez ha consumido alcohol? _____

Si en la actualidad el uso de alcohol, con qué frecuencia? _____ Si dejar de consumir alcohol, ¿cuándo? _____

Alguna vez ha usado tabaco? _____

Si actualmente está usando el tabaco, ¿cuántos paquetes por día? _____ Si renunció, ¿cuándo? _____

Alergias

Es usted alérgico a algún alimento? (Por favor, indique la reacción) _____

Es usted alérgico a algún medicamento? (Por favor, indique la reacción) _____

Los Medicamentos actuales – Por favor lista de medicamentos, dosis y frecuencia

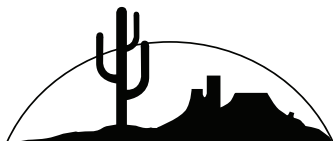
Información Preferida Farmacia

Farmacia Nombre: _____ Número telefónico: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Enviar a fin de Farmacia: _____ Número telefónico: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____



ARIZONA DESERT

EAR, NOSE & THROAT SPECIALISTS

A Division of Palo Verde Hematology Oncology LTD

Cuestionario Sobre Alergias

Deberá llenarlo el paciente

Nombre del paciente _____

Fecha _____

1. ¿Tiene usted alguno de estos síntomas más de dos veces al año: tos, resfriado, congestión, dificultad para respirar, dolores de cabeza, silbido al respirar, catarro, irritación de garganta, comezón o irritación en ojos, fatiga inexplicable, dolor de senos nasales, dolor de oídos, irritación de piel, ronquidos? Sí No
2. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado asma o bronquitis? Sí No
3. ¿Tiene síntomas de alergia? Sí No

Arizona Desert ENT Specialists

A Division of Palo Verde Hematology Oncology LTD

HIPAA AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DISTRIBUIR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTA INFORMACIÓN CON DETENIMIENTO.

Arizona Desert ENT se a comprometido a proteger la confidencialidad de la información médica de sus pacientes. Este Aviso de Practica sobre Privacidad describe la forma en que podemos utilizar y divulgar su información médica y sus derechos con respecto a su información médica.

COMO UTILIZAREMOS Y DISTRIBUIREMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos utilizar o distribuir su información médica sin su autorización para los siguientes propósitos:

Tratamiento: Usaremos y enseñaremos su información médica para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado de salud y servicios relacionados, e incluyendo la coordinación o dirección de su cuidado de salud con otros partidos. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica, si es necesario, a una agencia de salud al hogar que le brinde servicios o a un médico a quien se le ha referido para asegurar que el médico pueda contar la información necesaria para diagnosticar y tratarle.

Pago: Su información médica se utilizara o se distribuirá, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos que se la han brindado. Por ejemplo, podemos cobrarle a su plan de salud por el costo de los servicios que se le han brindado. También podemos comunicarnos con su plan médico para investigar si se autorizará el pago para sus servicios, para evaluar el monto de su copago (el pago de su bolsillo) u obtener aprobación para ingreso al hospital.

Gestión de Servicios Médicos: Podemos utilizar o divulgar su información médica, según sea necesario, con el fin de apoyar las actividades de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, entrenamiento y educación, actividades de evaluación de calidad, gestión de riesgos, gestión de reclamos, consulta legal, evaluación de médico y empleado, licenciatura, estudios reglamentarios y otras actividades relacionadas a planificación de negocios. Además, podemos utilizar una hoja en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre y nos indique el de su médico. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para su consulta.

Citas y Servicios Médicos: Podemos utilizar su información médica para comunicarnos con usted para recordarle de su próxima cita, para informarle sobre sus opciones de tratamiento o alternativas, o hablar de servicios médicos que le podemos ofrecer.

Familia y Amigos: Podemos divulgar su información médica a un familiar o amigo que esté legalmente interesado en su atención médica o a alguien que ayuda a pagar su cuidado médico. Si no quiere que su información médica se disponible a miembros de la familia u otros interesados en su cuidado médico, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Asociados: Contratamos con partidos terceros, conocidas como asociados. Estos asociados ofrecen servicios a o desempeñan servicios en nombre de nosotros, tal como nuestros contadores, consultores y abogados. Podemos divulgar su información médica a nuestros asociados ya que estén de acuerdo por escrito a asegurar su información médica, ya que también a nuestros asociados se les requiere por ley asegurar la privacidad de su información médica.

Requerido por la Ley: Divulgaremos su información médica cuando se nos obligue a hacerlo por ley federal, estatal o local.

Actividades de Salud Pública: Podemos utilizar su información médica para actividades de salud pública tales como informes de nacimientos, muertes, enfermedades transmisibles, lesiones o discapacidades y para la seguridad de medicamentos y dispositivos médicos.

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades tales como las auditorías; investigaciones civiles, administrativas o penales, procedimientos o acciones judiciales; inspecciones; otorgamiento de licencias o acciones disciplinarias; u otras actividades necesarias para la supervisión adecuada autorizada por la ley.

Agencia de Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration (FDA)): Podemos divulgar su información médica a una persona o empresa conforme a la FDA para reportar eventos adversos, defectos en el producto o problemas o desviaciones de productos biológicos; seguimiento de productos regulados por la FDA; para activar retiros de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; para llevar a cabo información de vigilancia después de la comercialización o para otros fines relacionados a la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulada por la FDA.

Agencias de La Ley: Podemos divulgar su información médica a agencias de la ley en circunstancias limitadas, como para identificar o localizar a sospechosos, fugitivos, testigos o víctimas de un delito, para reportar muertes a causa de crimen, crimen en nuestras instalaciones o en situaciones de tratamiento de emergencia.

Judiciales y procedimientos administrativos: Podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una orden de corte o tribunal administrativo según la autorización de tal orden. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal que no sea acompañado por una orden de corte o tribunal administrativo, bajo ciertas circunstancias permitidas por la ley.

Para Evitar Una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad: Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. También podemos divulgar información sobre usted si es necesario para que las autoridades puedan identificar o detener a un individuo.

Los Esfuerzos de Alivio de Desastre: Podemos utilizar o divulgar su información médica a una entidad pública o privada autorizada para ayudar a los damnificados del desastre. Puede que tenga la oportunidad de oponerse, al menos que su oposición nos impida a responder a las circunstancias de emergencias.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias: podemos divulgar información médica conforme a la ley aplicable a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para ayudarles a llevar a cabo sus deberes.

Donación de Organos y Tejidos: Podemos divulgar información de salud conforme a las leyes aplicables a las organizaciones que manejan las donaciones de órganos, ojos o tejidos, órganos o el trasplante.

Recaudación de Fondos: Podemos utilizar cierta información para comunicarnos con usted como parte de nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si usted recibe una comunicación de nosotros, se dará la oportunidad de optar a recibir dichas comunicaciones en el futuro.

Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation): Podemos divulgar su información médica según la autorización para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y otros programas similares establecidos por la ley.

Militares, Veteranos, Seguridad Nacional y Otros Propósitos Gubernamentales: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica como se requiere por las autoridades de comando militar o con el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs). También podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados de inteligencia y seguridad nacional.

Las Instituciones Correccionales: Si usted está o se convierten en un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar a la institución u oficial de la ley la información necesaria para la prestación de servicios de salud para usted, su salud y seguridad, la salud y la seguridad de otras personas y oficiales de la ley en las instalaciones de la institución y la administración y la seguridad y buen orden de la institución.

Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica: Podemos divulgar su información médica a una autoridad gubernamental, como un servicio social o agencia de servicios de protección, si creemos razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos también usar y revelar información sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede tratarse de comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento a aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto propuesto de investigación y el uso de información médica y equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes para la privacidad de su [información médica privada] PHI. Antes de utilizar o divulgar su [información médica privada] PHI para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación. Sin embargo, puede

divulgar su [información médica privada] PHI a personas preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación, mientras revisan la [información médica privada] PHI no se nos quite la información. También podemos utilizar o divulgar su [información médica privada] PHI para comunicarnos con usted (o, en determinadas circunstancias, para permitir que una entidad de investigación con quien contratemos pueda contactarlo) sobre la posibilidad de inscribirse en un estudio de investigación.

Si no quiere que le comuniquemos la posibilidad de inscripción a un estudio de investigación (como se a descrito anteriormente), por favor marque sus iniciales aquí: ____

Otros Usos y Divulgacion: Si queremos usar o divulgar su información médica para un propósito que no se discutido en este aviso, necesitamos obtener su autorización. Ejemplos específicos de usos y divulgaciones de su información de salud que requieren su autorización incluyen: (i) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (Notas privadas de un profesional de salud mental que se mantienen separadas de un expediente médico); (ii) la mayoría de usos y divulgaciones de su información médica a comercios; y (iii) las divulgaciones de su información de salud que se consideran la venta de su información médica. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto a la medida que hayamos tomado medidas confiando en el uso o la divulgación indicada en la autorización.

DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Aunque su información de salud es de nuestra propiedad, usted tiene el derecho a:

Solicitar acceso a su información de salud. Usted puede solicitar que le dejemos inspeccionar y/o copia de su información médica. Si mantenemos su información médica electrónicamente, puede obtener una copia electrónica de la información o pedirnos que la enviemos a una persona u organización que usted nos indique. Si usted solicita una copia (a papel o electrónica), podemos cobrarle costos razonables. Cualquier solicitud para acceder a su información de salud debe ser por escrito y enviado a nuestro oficial de privacidad.

Solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información médica. Puede solicitar que no utilicemos o divulguemos cualquier parte de su información médica por razón particular relacionada a la administración de tratamiento, pagos o atención médica. Nosotros tomaremos en cuenta su solicitud, pero no se nos obliga legalmente a aceptar cualquier restricción que se solicite, excepto en la siguiente situación: Si usted ha pagado totalmente por servicios de su bolsillo, usted puede solicitar que no revelamos información relacionada únicamente a los servicios de su plan médico. Se nos obliga a cumplir con dicha solicitud, excepto donde se nos requiere por ley hacer la divulgación. Cualquier petición para una restricción debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por otros medios o a domicilio alternativo. La solicitud debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

Solicitar una enmienda a su información médica. Si usted cree que cualquier información en su expediente médico no es correcta, o si usted cree que falta información importante, usted puede solicitar que se corrija esa información o que se añada la información que falta. Dicha solicitud debe ser por escrito y enviada a nuestro oficial de privacidad. Le avisaremos si no podemos complacerle.

Solicitar una contabilidad de ciertas revelaciones. Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas revelaciones que hayamos hecho de su información médica. Cualquier solicitud de una contabilidad debe ser por escrito y enviado a nuestro oficial de privacidad. La primera lista en cualquier período de 12 meses se le proporcionará gratuitamente, pero le podemos cobrar por cualquier lista adicional solicitada durante el mismo periodo de 12 meses.

Recibir una copia impresa de esta Notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación cuando la solicite, incluso si usted acordó aceptar la Notificación electrónicamente.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados a (i) mantener la privacidad de su información médica según los la ley; (ii) proporcionarle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y a respetar los términos de dicho aviso; y (iii) notificarle a usted después de una infracción en el mantenimiento de su información de salud que no esté asegurada conforme a ciertas normas de seguridad.

Reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y hacer que las disposiciones en la nuevo aviso se apliquen a toda información médica que mantenemos. Si cambiamos los términos de este aviso, el aviso actualizado se hará disponible bajo solicitud y se publicara en nuestras localidades de práctica. Copia del aviso actualizado se puede obtenerse por medio de nuestro oficial de privacidad.

PREGUNTAS, PREOCUPACIONES O QUEJAS

Si usted tiene preguntas o desea más información acerca de este aviso o cómo ejercer sus derechos de privacidad, comuníquese con nuestro oficial de privacidad al 1-888-787-9845 o por correo a 9250 N. 3rd Street, Suite 4010, Phoenix, Arizona 85020.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS)). Para presentar una queja con nosotros, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad. Para presentar una queja con HHS, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services), 200 independencia Av. S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington DC 20201 (OCRComplaint@hhs.gov). No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.

Fecha de Vigencia: 23 de septiembre de 2013

Su firma a en lo siguiente significa reconocimiento que usted ha leído y entendido este aviso.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo _____, por la presente autorizo que Arizona Desert ENT divulgue o comunique cualquier y toda información referente a mi persona o mi expediente médico con las siguientes personas.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Autorizo a Arizona Desert ENT para que se comunique conmigo a :

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

¿Podemos dejarle mensaje en maquina? Si No

Teléfono Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Testigo: _____ **Date** _____