

Fecha: \_\_\_\_\_

N.º de RT del paciente: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial 2.º nombre                      Apellido                      Fecha de nacimiento                      Edad

\_\_\_\_\_  
Dirección                      N.º de apto.                      Ciudad                      Estado                      Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa                      Teléfono del trabajo                      Teléfono celular o para mensajes

**Atención: Utilizaremos todos los números telefónicos enumerados anteriormente para contactarlo según sea necesario para propósitos de tratamiento y pago, a menos que usted coloque una restricción por escrito sobre el uso de estos números. Escriba únicamente los números telefónicos en los que desea ser contactado.**

N.º de Seguridad Social (*opcional*): \_\_\_\_\_ Sexo: **M F** Estado marital: **S C V D**

Jubilado: **N S** \_\_\_\_\_ Fecha                      Discapacitado: **N S** \_\_\_\_\_ Fecha                      ¿De qué compañía? \_\_\_\_\_

**¿Se encuentra actualmente en un centro de enfermería profesional (skilled nursing facility, SNF), hogar de convalecencia o inscrito en un hospicio?                             Sí                             No**

*NOTA: Si la respuesta es NO, el paciente o cuidador debe notificarle inmediatamente al personal si el paciente es admitido a un hospital, SNF, hogar de convalecencia u hospicio.*

\_\_\_\_\_  
Nombre de la instalación                      Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección                      Ciudad                      Estado                      Código postal

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

\_\_\_\_\_  
**Seguro primario**                      Grupo médico (HMO)                      N.º de ID                      N.º de grupo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre/relación del titular de la póliza                      N.º de Seguridad Social del titular de la póliza                      Fecha de nacimiento del titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
**Seguro secundario**                      Grupo médico (HMO)                      N.º de ID                      N.º de grupo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre/relación del titular de la póliza                      N.º de Seguridad Social del titular de la póliza                      Fecha de nacimiento del titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
Médico de cabecera                      Teléfono

\_\_\_\_\_  
Médico que hizo la remisión                      Teléfono

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

\_\_\_\_\_  
Nombre                      Teléfono                      Relación

**Atención: El contacto en caso de emergencia será contactado únicamente en el evento de una verdadera emergencia, a menos que este mismo número telefónico esté enumerado arriba, en cuyo caso puede ser utilizado para contactarlo para propósitos de tratamiento o pago.**

**INFORMACIÓN DE FARMACIA**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Está solicitando información médica específica para:

|   |                            |                            |                                       |  |
|---|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--|
| _____                                     | _____                      | _____                      | _____                                 | _____/_____/_____<br>Fecha de nacimiento |
| Apellido                                  | Inicial 2.º nombre         | Nombre                     | Apellido de soltera/<br>Otro apellido |  |
| _____                                     | _____                      | _____                      | _____                                 | _____                                    |
| Número de teléfono                        | Dirección                  | Ciudad                     | Estado                                | Código postal                            |
| Fecha(s) de solicitud del servicio: _____ | _____/_____/_____<br>Desde | _____/_____/_____<br>Hasta |                                       |  |

Propósito para la divulgación de esta información médica: (**Obligatorio**)

Continuación de la atención     Razones personales     Seguro/Discapacidad     Legal    Otro: \_\_\_\_\_

Divulgación de la información médica de:

Divulgación de la información médica a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Información médica solicitada, autorizada para ser divulgada: (verifique los ítems autorizados para ser divulgados)

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de emergencia          | <input type="checkbox"/> Reportes de patología   | <input type="checkbox"/> Registros del consultorio médico  | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas           |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de evolución médica         | <input type="checkbox"/> Notas de evolución psicológica |
| <input type="checkbox"/> Notas de operaciones             | <input type="checkbox"/> Pruebas cardíacas       | <input type="checkbox"/> Notas de procedimientos cardíacos | <input type="checkbox"/> Valoración psicológica         |
| <input type="checkbox"/> Reportes de radiología           | <input type="checkbox"/> Radiografías            | <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia             | <input type="checkbox"/> Notas de terapia del lenguaje  |

Otra: \_\_\_\_\_

**Nota:** Aunque se hará todo intento posible para proteger la privacidad de su información médica, tenga en cuenta que la divulgación de su información médica a una persona u organización autorizada podría sufrir una redivulgación por parte de la persona que recibe la información y por lo tanto ya no estaría protegida por la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") u otras leyes federales o estatales. Esta autorización expirará dentro de 90 días a menos que usted especifique lo contrario.

|                       |                          |                            |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| _____                 | _____                    | _____/_____/_____<br>Fecha |
| Firma del solicitante | Relación con el paciente |                            |

|   |                            |
|---|----------------------------|
| _____   | _____/_____/_____<br>Fecha |
| Firma del padre/madre/tutor (menores entre 0 y 17 años) |                            |

**Personal de atención: Este formulario puede ser completado únicamente cuando exista la necesidad de solicitar los registros médicos/radiografías y debe ser completado en su totalidad para cada entidad de la cual esté divulgando los registros o le esté enviando los registros.**

**Según la HIPAA, este formulario no es necesario con el fin de compartir u obtener información médica para el tratamiento o pago propuesto de la enfermedad médica actual.**

**Inspecciones y copias:** el derecho a inspeccionar y obtener copias de la información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones acerca de usted, incluidos los registros médicos, registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Con el fin de inspeccionar u obtener los registros, usted debe enviar la solicitud por escrito a la dirección en el reverso de este folleto.

**Rectificación:** el derecho a solicitarnos que rectifiquemos su información médica si considera que es incorrecta o está incompleta, y usted puede solicitar una rectificación siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra organización. Usted debe proporcionarnos una razón que sustente su solicitud de la rectificación. Nuestra organización se negará a su solicitud si usted no envía su solicitud y la razón para su solicitud por escrito a la dirección en el reverso de este folleto. Asimismo, podemos negarnos a la solicitud si usted nos pide rectificar información que sea exacta y esté completa, que no forma parte de la información que conserva nuestra organización, que no forma parte de la información que se le permite inspeccionar o copiar, que no fue creada por nuestra organización a menos que el individuo o entidad que creó la información ya no esté disponible para rectificar la información.

**Rendición de cuentas de la divulgación:** el derecho a solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones hechas de su información médica a entidades con quienes usted no tenga una relación establecida. Con el fin de obtener una rendición de cuentas, usted debe enviar la solicitud por escrito a la dirección en el reverso de este folleto. Ninguna solicitud puede exceder los 6 años y no puede incluir fechas anteriores al 16 de octubre de 2003. La primera solicitud en un periodo de 12 meses es gratuita. Es posible que se le cobre una tarifa por cualquier listado adicional que sea solicitado en un periodo de 12 meses.

**Derecho a presentar una queja:** si usted considera que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja ante nuestra organización o ante la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health & Human Services). Usted no será sancionado por presentar la queja. Todas las quejas deben ser enviadas por escrito a la dirección que se muestra más abajo.

**Derecho a proporcionar una autorización de otros usos y divulgaciones:** nuestra organización obtendrá su autorización por escrito para los usos y divulgaciones que no estén identificados por esta notificación o que no sean permitidos por las leyes correspondientes. Cualquier autorización que nos proporcione respecto al uso y divulgación de su información médica puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después que revoque su autorización, ya no podremos utilizar ni divulgar su información médica por las razones descritas en la autorización. Por supuesto, no podemos dar marcha atrás respecto a las divulgaciones que ya hayamos hecho con su permiso.

**Derecho a una copia impresa de esta notificación:** usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Se le pedirá que firme un reconocimiento como prueba que usted recibió esta Notificación de las prácticas de privacidad. En la oficina citada más abajo se encuentra disponible, previa solicitud de la misma, una notificación más detallada que contiene ejemplos.

## Imperial Valley Cancer Center

1410 South La Brucherie Road, Suite B

El Centro, CA 92243

Phone: (760) 339-5620

Fax: (760) 339-5621

# Vantage Oncology

## Notificación de los derechos de privacidad del paciente de la HIPAA



Vantage  
Oncology

## **Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica:**

lo siguiente describe las diferentes formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica.

1. **Tratamiento:** con el fin de tratarlo podemos divulgar la información a otros que estén involucrados en su atención o tratamiento.
2. **Pagos:** con el fin de facturar y cobrar el pago por los servicios que usted recibe de nosotros. Podemos utilizar y divulgar la información para obtener el pago de terceros que puedan ser responsables de tales costos, como los familiares. Podemos utilizar su información médica con el fin de facturarle directamente los servicios y artículos.
3. **Operaciones de atención médica:** para operar nuestro negocio con el fin de asegurar que usted reciba una atención de calidad y asegurar que nuestra organización está funcionando bien.
4. **Recordatorios de citas y resultados de análisis:** para recordarle que usted tiene una cita o un cambio en una cita utilizaremos todos los números telefónicos durante el día que se hayan anotado en el formulario de información del paciente que usted completó.
5. **Alternativas de tratamiento:** para informarle acerca de las alternativas de tratamiento y/o beneficios y servicios relacionados con la salud en los cuales usted pueda estar interesado.
6. **Recaudación de fondos:** con el fin de contactarlo como parte de una actividad de recaudación de fondos podemos divulgar su información a un asociado comercial o a una fundación relacionada con nuestra organización para obtener dinero para nuestra organización. Sólo se utilizarán su nombre y dirección.
7. **Mercadeo:** para realizar una comunicación de mercadeo con usted que se realice en un encuentro frente a frente, preocupaciones, productos o servicios de valor nominal; o preocupaciones sobre productos o servicios relacionados con la salud o los de un tercero, siempre y cuando le digamos que somos la parte que se comunica con usted y le digamos que hemos recibido o recibiremos directa o indirectamente dinero u otra remuneración por hacer la comunicación con usted.

8. **Exigido por la ley:** cuando sea exigido por leyes aplicables respecto a crímenes o conductas criminales; autos judiciales, citaciones, comparendos o procesos legales. Si existe una citación legal para los registros (contiene una divulgación o registros firmados por usted o una autorización verbal obtenida de su abogado o usted es su abogado de registro o prueba de servicio de la parte solicitante) estamos obligados a responder a la solicitud.
9. **Actividades de salud pública:** controlar las enfermedades, lesiones o discapacidades; mantener los registros vitales como la fecha nacimiento; reporte de cáncer; abuso o abandono infantil; exposición a enfermedades transmisibles; reacciones farmacológicas o advertencias de la FDA; retiro de dispositivos o medicamentos. Notificarles a las agencias y autoridades gubernamentales apropiadas respecto al abuso o abandono potenciales de un paciente adulto, incluido abuso doméstico si el paciente lo acuerda o estamos obligados por la ley a hacerlo. Bajo circunstancias limitadas a su empleador por lesiones o enfermedades relacionadas con el lugar de trabajo o vigilancia médica.
10. **Forenses, examinadores médicos, directores funerarios:** según sea necesario para que lleven a cabo sus deberes exigidos por la ley.
11. **Donación de órganos y tejidos:** a organizaciones que manejen la obtención de órganos y tejidos, almacenamiento en banco o trasplantes.
12. **Investigación:** sujeto a un proceso especial de aprobación, la información puede ser utilizada en proyectos o estudios de investigación. La información no saldrá de nuestras instalaciones sin su autorización.
13. **Amenazas graves a la salud o a la seguridad:** para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la de otro individuo o la del público en general. Sólo haremos la divulgación a personas u organizaciones capaces de ayudar a prevenir la amenaza.
14. **Funciones gubernamentales especializadas:** si usted es un integrante de las fuerzas militares de los EE. UU. o de las fuerzas

militares de algún país extranjero (incluido veteranos) y si es exigido por las autoridades de comando militar correspondientes; o a oficiales federales para inteligencia y seguridad nacional.

15. **Compensación de trabajadores:** nuestra organización divulgará su información médica para la compensación de trabajadores y programas similares a todas las partes, según sea exigido por la ley estatal y federal.

## **Sus derechos respecto a su información**

**médica:** usted tiene los siguientes derechos respecto a la información médica que mantenemos acerca de usted. No estamos obligados a consentir su solicitud; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto que la ley exija lo contrario, en emergencias, o cuando sea necesario para brindarle tratamiento. Con el fin de solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información médica, usted puede hacer su solicitud por escrito y enviarla a la dirección en el reverso de este folleto.

**Restricciones de las solicitudes:** el derecho a solicitar una restricción sobre nuestro uso y divulgación de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a limitar nuestra divulgación a individuos involucrados en su atención o en el pago de su atención, como familiares y amigos. Utilizaremos todos los números telefónicos y direcciones de contacto enumerados en el formulario de información del paciente a menos que usted establezca una restricción. La solicitud para la restricción debe ser enviada por escrito a la dirección en el reverso de este folleto.

**Comunicaciones confidenciales:** el derecho a solicitar que nuestra organización se comunique con usted acerca de su salud y aspectos relacionados de una manera particular o en ciertas ubicaciones sin tener que establecer la razón para su solicitud. Utilizaremos todos los números telefónicos y direcciones de contacto enumerados en el formulario de información del paciente a menos que usted establezca una restricción. La solicitud para la restricción debe ser enviada por escrito a la dirección en el reverso de este folleto.

# Vantage Oncology

Enumere por favor los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los médicos a que usted está viendo. Si usted no tiene toda la información con usted a la hora de su visita, llámenos por favor cuando usted consigue casero. Esta información es muy importante de modo que poder informar a sus médicos su progreso. Médico primario:

**Médico Primario:**

---

---

---

**Teléfono:**

---

**Referir a médico:**

---

---

---

**Teléfono:**

---

**El otro médico:**

---

---

---

**Teléfono:**

---

**El otro médico:**

---

---

---

**Teléfono:**

---

**El otro médico:**

---

---

---

**Teléfono:**

---

**El otro médico:**

---

---

---

**Teléfono:**

---