

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Última primero Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Historia clínica: (Marcar todas las opciones que correspondan)

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> en etapa terminal | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Leucemia | |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis - A/B/C | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | |
| <input type="checkbox"/> HBP (próstata) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Linfoma | |
| | | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | |
- Otros (especificar) _____
- Nada

Antecedentes quirúrgicos: (Marcar todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extracción de apéndice | <input type="checkbox"/> Corazón: Reemplazo por válvula mecánica | <input type="checkbox"/> Extracción de ovarios: Cáncer de ovario |
| <input type="checkbox"/> Extracción de vejiga | <input type="checkbox"/> Corazón: Reemplazo por válvula biológica | <input type="checkbox"/> Extracción de próstata: Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Mama: Masectomía (Marcar con un círculo: Derecha, Izquierda, Ambas) | <input type="checkbox"/> Trasplante de corazón | <input type="checkbox"/> Biopsia de próstata |
| <input type="checkbox"/> Mama: Tumorectomía (Marcar con un círculo: Derecha, Izquierda, Ambas) | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular, rodilla (Marcar con un círculo: Derecha, Izquierda, Ambas) | <input type="checkbox"/> Próstata: RTU |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de mama | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular, cadera (Marcar con un círculo: Derecha, Izquierda, Ambas) | <input type="checkbox"/> Biopsia de piel |
| <input type="checkbox"/> Reducción de mama | <input type="checkbox"/> Biopsia de riñón | <input type="checkbox"/> Cirugía por carcinoma de células basales escamosas |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Nefrectomía: Extracción del riñón (Marcar con un círculo: Derecho, Izquierdo) | <input type="checkbox"/> Cirugía de melanoma |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: Resección por cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Extracción de cálculos renales | <input type="checkbox"/> Extracción de bazo |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Trasplante de riñón | <input type="checkbox"/> Extracción de testículos (Marcar con un círculo: Derecho, Izquierdo, Bilateral) |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: EII | <input type="checkbox"/> Extracción de ovarios: Endometriosis | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Extracción de vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Extracción de ovarios: Quiste ovárico | <input type="checkbox"/> Histerectomía: Miomas |
| <input type="checkbox"/> Corazón: Bypass de arteria coronaria | | <input type="checkbox"/> Histerectomía: Cáncer de útero |
| <input type="checkbox"/> Corazón: Angioplastia coronaria transluminal percutánea | | |
- Otros (especificar) _____
- Nada

Antecedentes de enfermedades de piel: (Marcar todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Quemaduras solares con ampollas | <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica/Alergias | <input type="checkbox"/> Lunares precancerosos |
| <input type="checkbox"/> Queratosis actínica | <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de tipo melanoma | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de células basales | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Hiedra venenosa | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de células escamosas |
| | <input type="checkbox"/> Descamación o picazón del cuero cabelludo | | |
- Otros _____
- Nada

¿Tiene antecedentes familiares de MELANOMA (NO confundir con carcinoma de células basales o de células escamosas)? Sí No

Si responde SÍ a la pregunta de melanoma, ¿de qué familiar/es se trata _____
 Si responde SÍ a la pregunta de melanoma, ¿tiene algún otro antecedente familiar (cáncer de mama, ovario, páncreas o próstata)? _____

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? Sí/NO (marcar con un círculo sólo una opción)
 Si responde Sí, ¿cuándo? _____ Altura _____ Peso _____ IMC _____

Nombre: _____
Último primero

Fecha: ____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Medicaciones: (Indique todas las medicaciones que toma actualmente y la dosificación) Ninguna

Alergias a medicamentos: (¿Le causan anafilaxia, angioedema, diarrea, fatiga, problemas gastrointestinales, urticaria, hepatotoxicidad o sarpullido?)

Sin alergias a medicamentos conocidas Látex

Historial social: (Marcar todas las opciones que correspondan)

Consumo de drogas ilegales:

- Consumo de drogas
 Consumo de drogas IV

Consumo de cigarrillo (CAMPO REQUERIDO):

- Actualmente fumador habitual
 Actualmente fumador ocasional

Ex fumador

Nunca fumó

Consumo de alcohol (etanol):

- Nunca
 Menos de un vaso al día
 1-2 vasos al día
 3 ó más vasos al día

¿Cuántas veces en el último año ha tomado 5 (en el caso de hombres menores de 65) ó 4 (para mujeres y cualquier adulto mayor de 65 años) o más vasos en un mismo día? _____

Otro _____

Revisión de los sistemas: ¿Actualmente sufre de alguno de los siguientes síntomas? (Marcar con un círculo todas las opciones que correspondan)

Problemas hemorrágicos	Fiebre o escalofríos	Sangre en las heces	Tos
Dificultad de curación	Sudoración nocturna	Sangre en la orina	Dificultad respiratoria
Problemas de cicatrización	Pérdida de peso involuntaria	Dolores en las articulaciones	Sibilancias
Sarpullido	Problemas de tiroides	Debilidad muscular	Propensión a síncope vasovagal
Inmunosupresión	Dolor de garganta	Rigidez del cuello	(desmayos)
Rinitis alérgica	Visión borrosa	Dolores de cabeza	
Dolores de pecho	Dolor abdominal	Convulsiones	

Otros síntomas: _____

Alertas: ¿Actualmente usa o experimenta algo de lo siguiente? (Marcar sí o no en cada caso)

Alergia a adhesivos	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Medicación previa a un procedimiento	<input type="checkbox"/> Sí
Alergia a la lidocaína	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Taquicardia con epinefrina	<input type="checkbox"/> Sí
Alergia a ungüentos antibióticos tópicos	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Embarazo o planea un embarazo	<input type="checkbox"/> Sí
Alergia a la epinefrina	<input type="checkbox"/> Sí	Sí VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Actualmente toma medicamentos biológicos	<input type="checkbox"/> Sí
Articulaciones artificiales en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Sordera	<input type="checkbox"/> Sí
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Ceguera legal	<input type="checkbox"/> Sí
Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Sí
SARM	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Antecedentes de herpes labial	<input type="checkbox"/> Sí
Marcapasos u otro dispositivo eléctrico	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Actualmente en período de lactancia	<input type="checkbox"/> Sí

Otros síntomas: _____

FARMACIA (TAMBIÉN puede incluir su farmacia para pedidos por correo – indicar número de TELÉFONO y FAX)

Nombre _____ Código postal _____

Dirección (o si no conoce esta información, intersecciones principales): _____

¿Está interesado/a en algún procedimiento y/o producto cosmético? Sí No

(exfoliación, inyecciones, láser, etc.)



Imprima toda la información y utilice su nombre legal según aparece impreso en su tarjeta de seguro.

Nombre legal del paciente: _____
 Apellido Primer nombre Segundo nombre

Nombre de la persona a cargo: _____ Nombre de los padres si el paciente es menor _____

Dirección _____
 Calle Apartamento N° Ciudad Estado Código postal

Sexo: Masculino Femenino **N° de teléfono preferido:** _____ **¿Podemos dejar un mensaje en este número? (Marcar con un círculo) Sí No**

Tel. del trabajo _____ Otro tel. _____

Dirección de correo electrónico _____ Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otro _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **N° de Seguridad Social:** ____-____-____

Condición laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado Desempleado Otro: _____ Estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial

Nombre del empleador _____ **Idioma preferido:** _____ (requerido)

Etnia (marcar con un círculo): Hispano -- No hispano -- Desconocido **Raza (marcar con un círculo):** Negro/a -- Blanco/a -- Asiático/a -- Otro: _____

INFORMACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

Recomendado por: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Cómo supo de nosotros (aviso en el periódico, aviso en Internet, búsqueda en Internet, etc.)? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

TITULAR (En caso de no ser el paciente)

Nombre _____
 Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

SEGURO PRIMARIO **FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:** _____

Aseguradora: _____
 Nombre Dirección N° de teléfono

Póliza N° _____ Grupo N° _____

SEGURO SECUNDARIO **FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:** _____

Aseguradora _____
 Nombre Dirección N° de teléfono

Póliza N° _____ Grupo N° _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ **Teléfono:** _____ **Relación:** _____

Autorización de tratamiento.

Autorizo a English Dermatology, PC a realizar procedimientos y tratamientos que incluyan la administración de medicamentos y anestesia local junto con otros procedimientos quirúrgicos y médicos que sean necesarios desde un punto de vista médico. Autorizo la revelación de la información médica necesaria (incluida información sobre VIH/SIDA, salud mental, abuso de sustancias, incluidos alcohol y drogas, y cualquier enfermedad transmisible de declaración obligatoria) para gestionar cualquier reclamación y asigno los beneficios que correspondan a English Dermatology, PC en caso de que otro seguro de salud resulte primario con respecto a mi seguro de salud. Para mayor continuidad en la prestación del servicio, autorizo la revelación de información médica a proveedores empleados por English Dermatology, PC. Asimismo, será mi responsabilidad asumir el pago total de los servicios prestados por English Dermatology, PC que no estén cubiertos por mi seguro.

Firma del paciente/tutor legal

Nombre con letra de imprenta

Fecha

CONSENTIMIENTO FINANCIERO RESPECTO A LA POLÍTICA DE PAGOS

Gracias por elegirnos como su proveedor de servicios de Dermatología/Alergias. Estamos comprometidos a ofrecerle un servicio de atención médica asequible y de calidad. Este documento describe nuestra política para pacientes y responsabilidad del seguro por los servicios prestados. Léala y firmela en el espacio provisto. Usted puede obtener una copia a pedido.

1. Se debe realizar el **PAGO** de todos los servicios al momento de su prestación. Todos los copagos, coseguros y/o deducibles aplicarán en el momento de prestación del servicio. Aceptamos cheques y tarjetas de crédito. Se le cobrará una comisión por cheque devuelto de \$50.00 por cada cheque que su banco devuelva sin pagar por cualquier motivo.
2. **PROCESAMIENTO DE PAGOS.** Usted presta su consentimiento para que todos los cheques que usted nos entregue sean convertidos a Documentos de Sustitución de Imagen (IRDs) y depositados electrónicamente. Esto le permitirá tener una copia escaneada de su cheque original junto con su resumen bancario mensual.
3. **SEGURO.** Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su aseguradora para ayudarlo a cubrir gastos médicos. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si usted no cuenta con un plan de seguro con el que trabajemos, debe efectuar el pago total en cada consulta. Si usted cuenta con un plan de seguro con el que trabajamos, pero no posee una tarjeta de seguro actualizada, debe efectuar el pago total en cada consulta hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su aseguradora por cualquier consulta relacionada con su cobertura.
4. **SERVICIOS NO CUBIERTOS.** Le informamos que algunos o todos los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios desde un punto de vista médico por Medicare u otras aseguradoras. Deberá pagar el costo total de estos servicios al momento de la consulta.
5. **PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES.** Nuestra organización presentará sus reclamaciones y lo asistirá de todas las formas razonablemente posibles para que obtenga el pago de sus reclamaciones. Su aseguradora puede necesitar que usted directamente le proporcione cierta información. Es responsabilidad suya cumplir con este requerimiento. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su aseguradora.
6. **DERIVACIÓN.** Si su seguro requiere una derivación de su médico de cabecera, es su responsabilidad obtener la derivación correspondiente antes de la consulta.
7. **COPAGOS Y DEDUCIBLES.** Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento de prestación del servicio. Esta disposición forma parte del contrato con su aseguradora. La falta de cobro de copagos y deducibles a los pacientes puede considerarse fraude de nuestra parte. Ayúdenos a cumplir con la ley pagando su copago en cada consulta.
8. **SIN SEGURO.** Si no cuenta con seguro, deberá pagar la totalidad de la consulta. NOTA: Puede haber cargos adicionales a la consulta en caso de que se requiera o realice algún procedimiento.
9. **CONSTANCIA DE SEGURO.** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al profesional. Necesitamos una copia de su identificación con fotografía y de la tarjeta de seguro vigente como constancia del seguro. En caso de que no nos proporcione la información correcta del seguro oportunamente, será responsable del saldo de la reclamación.
10. **CAMBIOS DE COBERTURA.** En caso de cambios en su cobertura, infórmenos antes de su próxima consulta de modo que podamos efectuar los cambios necesarios para brindarle los máximos beneficios.
11. **FALTA DE PAGO.** Si su cuenta presenta un saldo vencido superior a 120 días, recibirá una carta notificándolo que tiene 15 días para pagar el saldo total de la cuenta. No se aceptarán pagos parciales a menos que así se acuerde con nuestro Departamento de Servicios Financieros al Paciente llamando al 844-397-4234. Recuerde que si un saldo permanece impago, podemos referir su cuenta a una agencia de cobro y tanto usted como sus familiares directos pueden quedar excluidos del servicio.
12. **SALDOS DE CUENTA.** En el caso de cuentas con saldos a favor, haremos todo lo posible para reembolsar las cantidades debidas tan pronto como sean identificadas. Cuando el saldo a favor sea inferior a \$25, solicite el reembolso cuando vea el saldo a favor en su resumen llamando al Departamento de Servicios Financieros al Paciente, al 844-397-4234. Las cuentas pueden estar sujetas una comisión por servicio de resumen de \$10 al mes a partir de los 120 días.
13. **INASISTENCIA A UNA CITA.** Si usted no cancela una cita con el médico al menos con 24 de anticipación o no se presenta a la consulta, se le cobrará un cargo de \$25 por inasistencia. Ayúdenos a ofrecerle un mejor servicio respetando las citas programadas.

Estamos comprometidos a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de las tarifas normalmente habituales en nuestro sector. Gracias por comprender nuestra política de pagos. No dude en contactarnos en caso de cualquier duda o inquietud.

He leído, comprendo y acepto el Consentimiento Financiero y la Política de Pagos de West Dermatology, Las Vegas Skin and Cancer Clinic, North Coast Dermatology e English Dermatology o sus filiales y representantes. Comprendo que es mi responsabilidad asumir los cargos no cubiertos por mi aseguradora, así como los copagos y deducibles que puedan corresponder.

Autorizo el pago de beneficios de mi seguro directamente a las sociedades de West Dermatology, Las Vegas Skin and Cancer, North Coast Dermatology e English Dermatology o sus filiales y representantes.

Acepto, a los fines de gestionar mi cuenta o cobrar cualquier cantidad debida, que me contacten por teléfono o a cualquier número asociado a mi cuenta, incluidos números de teléfono móvil, lo cual podría resultar en costos a mi cargo. También acepto que me contacten mediante mensaje de texto o correo electrónico, al correo electrónico que les proporcione. Comprendo que las formas de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un servicio automático de llamadas, según corresponda. He leído esta declaración y presto mi consentimiento para que las empresas de West Dermatology, Las Vegas Skin and Cancer Clinic, North Coast Dermatology e English Dermatology o sus filiales y representantes me/nos contacten de las maneras descritas anteriormente.

Nombre del paciente letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o persona responsable y relación

Fecha



HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Informacion de Salud de 1996)

Todos los pacientes nuevos reciben una copia de nuestra Notificación sobre Prácticas de Confidencialidad, una copia de la cual ponemos a su disposición por este medio. Si tiene alguna duda y desea obtener más información, puede comunicarse con el Responsable de Cumplimiento al (702) 360-3955. Si usted considera que se han violado sus derechos de confidencialidad, puede presentar una denuncia ante el Departamento de Reclamos de Pacientes llamando al (800) 574-4196 o bien ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE.UU. No se tomará ninguna represalia por presentar una denuncia ante el Departamento de Reclamos de Pacientes o la Oficina de Derechos Civiles. La dirección de la Oficina de Derechos Civiles es: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independent Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. Autorizo el acceso por parte de las personas mencionadas a continuación a mi información médica protegida (PHI, en inglés):

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

MEDIO DE CONTACTO PREFERIDO

Teléfono particular: _____ // Celular _____

**** Recibo mensajes de voz **** // Si // No Firma/Fecha _____

// Dirección de correo electrónico _____ Firma/Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA DESCARGAR MEDICACIÓN a través de SURESCRIPTS

Este Consentimiento se ha preparado en cumplimiento de lo requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Información de Salud de 1996 (Ley Pública 104-91), el Título 42 del Código de Estados Unidos (U.S.C.), artículo 13020d, y los reglamentos promulgados en virtud de estos, conforme sus ulteriores modificaciones (conjuntamente denominados "HIPAA"). Este Consentimiento afecta sus derechos sobre la confidencialidad de su información médica personal (PHI). Léalo atentamente antes de firmar. Para su comodidad y para agilizar el proceso con la farmacia seleccionada, nuestra oficina tiene la opción de enviar sus medicamentos a través de medios electrónicos (Surescripts). Este Consentimiento autoriza y cubre todos los historiales de medicación futuros y previos (resurtidos) y fechas, que pueden incluir la farmacia, notas, y médicos prescriptores así como otros campos según la disponibilidad. Mediante la firma de este Consentimiento, usted acepta que English Dermatology puede solicitar y usar su historial de medicación recetada de otros proveedores de atención médica y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Comprendo todo lo anterior y presto mi consentimiento informado para que English Dermatology me incluya en el Programa de Prescripción Electrónica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. En caso de cualquier cambio en la información anterior, comprendo que tengo la responsabilidad de comunicarme con esta oficina para efectuar los cambios necesarios en mis registros como paciente.

Nombre en imprenta del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o persona responsable y relación

Fecha

de que debamos informar a alguien de su paradero o estado.

Usted puede solicitar, en cualquier momento, que no transmitamos su información médica a personas involucradas en su cuidado. Aceptaremos su solicitud y nos abstendremos de divulgar la información, excepto en ciertos casos excepcionales, como en casos de emergencia o si se trata de un paciente menor de edad. Si el paciente es menor, su solicitud puede ser aceptada como no serlo.

Ejemplo: El esposo de Jane la acompaña regularmente a las consultas en el departamento de salud y la ayuda con su medicación. Cuando el profesional médico le plantea a Jane el uso de una nueva medicación, Jane invita a su marido a entrar al consultorio. Entonces el médico les comenta a Jane y a su esposo acerca de la nueva medicación.

5. OBLIGACIÓN IMPUESTA POR LA LEY. Usaremos y divulgaremos información médica suya en los casos donde así lo exijan las leyes. Existen muchas leyes estatales y federales que exigen el uso y divulgación de información médica. Por ejemplo, la ley estatal nos exige denunciar heridas de bala y otros tipos de heridas a la policía, así como denunciar casos conocidos o supuestos de abuso o abandono de menores al Departamento de Servicios Sociales. Esta organización cumplirá estas leyes estatales y todas las demás leyes que resulten aplicables.

6. USOS Y DIVULGACIONES DE PRIORIDAD NACIONAL. Cuando la ley lo permita, podremos usar o divulgar su información médica sin su autorización para diversas actividades reconocidas como “prioridades nacionales”. En otras palabras, el gobierno establece que en determinadas circunstancias (descritas a continuación), divulgar información médica es tan importante que su divulgación es aceptable incluso sin el permiso de la persona. Sólo divulgaremos información médica suya en los siguientes casos cuando las leyes nos autoricen a hacerlo. A continuación se incluye una breve descripción de las actividades reconocidas como “prioridad nacional” por las leyes. Si desea obtener más información acerca de este tipo de divulgaciones, comuníquese con el Responsable de Cumplimiento al (702) 360-3955.

- **Amenaza a la salud o la seguridad:** Podremos usar o divulgar su información médica en caso de considerarlo necesario para impedir o reducir una amenaza grave contra la salud o la seguridad.
- **Actividades de salud pública:** Podremos usar o divulgar información médica acerca de usted para la realización de actividades de salud pública. Las actividades de salud pública requieren el uso de información médica con diversos fines, que incluyen, entre otros, actividades relacionadas con la investigación de enfermedades, la denuncia de abandono y abuso de menores, el monitoreo de medicamentos y dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y el monitoreo de enfermedades o accidentes de trabajo. Por ejemplo, si usted ha estado expuesto a una enfermedad transmisible (como una enfermedad transmitida sexualmente), podremos informarlo al Estado y adoptar otras medidas destinadas a prevenir la propagación de la enfermedad.
- **Abuso, abandono y violencia doméstica:** Podremos divulgar su información médica a una autoridad del gobierno, como el Departamento de Servicios Sociales, si usted es un adulto y tenemos motivos razonables para creer que puede estar siendo víctima de abuso, abandono o violencia doméstica.
- **Actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar información médica sobre usted a una agencia de supervisión de la salud, que es básicamente una agencia responsable de supervisar el sistema de salud o determinados programas del gobierno. Por ejemplo, una agencia del gobierno podría solicitarnos información como parte de la investigación de un posible fraude en materia de seguros.
- **Procedimientos judiciales:** Podemos divulgar información médica suya a un juez o un funcionario del tribunal, como un abogado. Por ejemplo, divulgaríamos información médica sobre usted a un tribunal en caso de que así lo requiera una orden judicial.
- **Aplicación de la ley:** Podemos divulgar información médica suya a una autoridad de la ley con finalidades específicas de cumplimiento de la ley. Por ejemplo, podríamos divulgar información médica limitada sobre usted a un oficial de policía si éste necesita información para encontrar o identificar a una persona desaparecida.
- **Médicos forenses y otros:** Podremos divulgar información médica sobre usted a un médico forense, un examinador médico o una funeraria o a organizaciones de asistencia en el trasplante de órganos, córnea y tejidos.

- **Indemnización laboral:** Podemos divulgar información médica sobre usted con el fin de cumplir con las leyes en materia de indemnización laboral.
- **Organizaciones de investigación:** Podremos usar o divulgar su información médica a organizaciones de investigación si la entidad cumple ciertos requisitos relacionados con la protección de la confidencialidad de la información médica.
- **Ciertas funciones del gobierno:** Podremos usar o divulgar información médica sobre usted para permitir el ejercicio de determinadas funciones del gobierno, incluidas, entre otras, actividades militares o de veteranos y actividades de inteligencia y seguridad nacional. También podremos usar o divulgar su información médica a instituciones correccionales en ciertos casos.

7. AUTORIZACIONES. Excepto en los casos de uso y divulgación descritos más arriba (1–6), no se usará ni divulgará su información médica sin la “autorización” —o permiso firmado— suya o de su representante personal. En algunos casos, es posible que tengamos la intención de divulgar información médica sobre usted y lo contactaremos para pedirle que firme un formulario de autorización. En otros, es posible que usted nos contacte a nosotros para divulgar información médica y le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si usted firma una autorización escrita autorizándonos a divulgar información médica, podrá revocar o cancelar la autorización por escrito más adelante (excepto en muy limitadas situaciones relacionadas con la obtención de cobertura de seguro). Si desea revocar su autorización, puede escribirnos una carta revocando la autorización o bien completar el Formulario de revocación de autorización. Los Formularios de revocación de autorización están disponibles a través del Departamento de Historiales Médicos. Si usted revoca su autorización, respetaremos sus instrucciones excepto en los casos donde, amparados en su autorización, ya hayamos realizado alguna acción.

En los siguientes casos, el uso y la divulgación de su información médica sólo serán posibles con su autorización (permiso firmado):

- **Uso y divulgación con fines comerciales.**
Uso y divulgación que implique la venta de su información médica.
La mayoría de los casos de uso y divulgación de notas tomadas durante sesiones de psicoterapia, en caso de utilizar.
Cualquier otro caso de uso y divulgación no contemplado en esta Notificación.

USTED TIENE DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA EXISTENTE SOBRE USTED.

Usted tiene derechos con respecto a su información médica. Esta sección de la Notificación describirá brevemente cada uno de estos derechos. Si desea obtener más información acerca de sus derechos, comuníquese con el Responsable de Cumplimiento al (702) 360-3955.

1. DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN. Usted tiene derecho a obtener una copia física de nuestra Notificación sobre Prácticas de Confidencialidad en todo momento. Para obtener una copia de la Notificación, solicite una al recepcionista o bien comuníquese con el Departamento de Historiales Médicos al (702) 360-21000.

2. DERECHO DE ACCESO PARA CONSULTA Y OBTENER COPIAS. Usted tiene derecho a examinar, es decir, consultar o revisar, y obtener una copia de la información médica existente sobre usted en ciertos grupos de registros. Puede obtener una copia de su historial médico si éste se lleva en un sistema de Registro de Salud Electrónico (EHR). También puede solicitarnos, por escrito, el envío de una copia electrónica de su historial médico a un tercero. Si desea consultar o recibir una copia de su información médica, deberá presentar una solicitud por escrito. Para eso, puede escribirnos una carta solicitando acceso o bien completar un Formulario de solicitud de acceso.



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This Notice is effective December 6, 2017

Los Formularios de solicitud de acceso están disponibles a través de nuestro Departamento de Historiales Médicos.

En ciertos casos, es posible que su solicitud sea rechazada. Si fuera así, se detallarán por escrito los motivos del rechazo. También se le informará por escrito en caso de que tenga derecho a solicitar la revisión de nuestra decisión por un tercero.

Si desea obtener una copia de su información médica, deberá pagar un cargo por los costos de la copia. Los cargos por emisión de copias electrónicas de su historial médico estarán limitados a los costos directos de personal necesarios para responder a su pedido.

Posiblemente podremos brindarle un resumen o una explicación de la información. Comuníquese con el Departamento de Historiales Médicos para obtener más información acerca de estos servicios y sus posibles costos adicionales.

3. DERECHO A SOLICITAR LA MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA. Usted tiene derecho a solicitar la modificación (es decir, la corrección o ampliación) de la información médica existente sobre usted en ciertos grupos de registros. En caso de que usted considere que nuestra información es incorrecta o incompleta, podemos modificar la información para dejar constancia del problema y notificar a quienes tengan copias de esa información incorrecta o incompleta en su poder. Si desea modificar información, deberá presentar una solicitud por escrito detallando los motivos por los cuales desea efectuar la modificación. Para eso, puede escribirnos una carta solicitando la modificación o bien completar el Formulario de solicitud de modificación. Los Formularios de solicitud de modificación están disponibles a través del Departamento de Historiales Médicos.

En ciertos casos, es posible que su solicitud sea rechazada. Si fuera así, se detallarán por escrito los motivos del rechazo. Además, tendrá la opción de enviarnos una declaración explicando por qué está disconforme con nuestra decisión de denegar su solicitud de modificación de modo que, cuando divulguemos la información en el futuro también compartamos su declaración.

4. DERECHO A UN INFORME DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA. Usted tiene derecho a recibir un informe (es decir, una lista detallada) de la información que hemos divulgado en los últimos seis (6) años. Si desea recibir un informe, puede enviarnos una carta, completar un Formulario de solicitud de informe o bien comunicarse con el Departamento de Historiales Médicos. Los Formularios de solicitud de informe están disponibles a través del Departamento de Historiales Médicos.

El informe no incluirá diversos tipos de información, como la información divulgada con fines de tratamiento, gestión de pagos o servicios de atención médica. Si su historial médico se lleva en un sistema de Registro de Salud Electrónico (EHR, en inglés), podrá solicitar que se incluya la información divulgada con fines de tratamiento, gestión de pagos o servicios de atención médica. El informe tampoco incluirá información divulgada con anterioridad al 14 de abril de 2003.

En caso de que solicite un informe más de una vez en un período de doce (12) meses, se le cobrará un cargo adicional por los costos de preparación del informe.

5. DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES DE USO Y DIVULGACIÓN. Usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso y la divulgación de la información médica sobre usted con fines de tratamiento, gestión de pagos y servicios de atención médica. En cumplimiento de la ley federal, tenemos la obligación de aceptar su solicitud y respetar la/s restricción/es que usted solicite en los siguientes casos:

1. Con las excepciones previstas en la ley, si la divulgación está destinada a un plan de salud con el fin de gestionar el pago de servicios de atención médica (y no para la realización de un tratamiento); y
2. Si la información médica corresponde exclusivamente a un concepto o servicio médico cuyo pago al proveedor de atención médica fue asumido en su totalidad por el paciente. Una vez aceptada su solicitud, deberemos respetar las restricciones impuestas (excepto si la información es necesaria para un tratamiento de emergencia). Usted podrá cancelar las restricciones en cualquier momento. Por otro lado, nosotros podemos cancelar una restricción en cualquier momento siempre que lo notifiquemos de la cancelación y continuemos aplicando la

restricción a la información obtenida con anterioridad a la cancelación.

Usted también tiene derecho a solicitar que limitemos la divulgación de su información médica y tratamiento/s de atención médica a un plan de salud (aseguradora de salud) u otra parte si la información se refiere exclusivamente a un concepto o servicio de atención médica que usted u otra persona en su nombre (distinta a un plan de salud) nos pagó en su totalidad. Una vez que usted haya solicitado la/s restricción/es y se haya recibido el pago total, deberemos respetar su/s restricción/es.

6. DERECHO A SOLICITAR UN MÉTODO ALTERNATIVO DE CONTACTO. Usted tiene derecho a solicitar ser contactado en un lugar diferente o por un medio diferente. Por ejemplo, puede preferir que toda la información escrita sea enviada a su dirección de trabajo en lugar de a su dirección personal.

Aceptaremos cualquier solicitud razonable de método alternativo de contacto. Si desea optar por un medio alternativo de contacto, deberá presentar una solicitud por escrito. Para eso, puede escribirnos o bien completar el Formulario de solicitud de contacto alternativo. Los Formularios de solicitud de contacto alternativo están disponibles a través del Departamento de Historiales Médicos.

7. DERECHO A SER NOTIFICADO DE LA VIOLACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA. Usted también tiene derecho a ser informado en caso de que ocurra una violación de la información médica referida a usted. En caso de violación de su información médica, y si la información no está segura (cifrada), lo notificaremos a la mayor brevedad detallando lo siguiente:

- Una breve descripción de lo sucedido;
- Una descripción de la información médica involucrada;
- Las acciones que le recomendamos seguir para protegerse;
- Las medidas adoptadas en respuesta a la violación; y
- Procedimientos de contacto para obtener más información.

8. DERECHO A SER EXCLUIDO DE COMUNICACIONES PARA LA RECAUDACIÓN DE FONDOS. En caso de que realicemos actividades benéficas y utilicemos medios de comunicación tales como el Servicio Postal de los Estados Unidos o correo electrónico para recaudar fondos, usted tiene derecho a optar por no recibir este tipo de comunicaciones de parte nuestra. Si desea ser excluido de las comunicaciones de recaudación de fondos, envíe una solicitud al Departamento de Historiales Médicos a la siguiente dirección: 7330 Smoke Rancho, Suite B, Las Vegas, NV 89128. USTED PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO RELACIONADO CON NUESTRAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD.

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad o está disconforme con nuestros procedimientos o políticas de confidencialidad, puede presentar un reclamo escrito en nuestras oficinas o bien ante el gobierno federal.

No tomaremos ninguna medida contra usted ni lo trataremos de manera distinta en caso de que presente un reclamo.

Si desea presentar un reclamo ante nuestra organización, puede plantear el reclamo directamente al Responsable de Cumplimiento llamando al (702) 360-3955 o bien enviar el reclamo a la siguiente dirección: 7330 Smoke Rancho, Suite B, Las Vegas, NV 89128.

Para presentar un reclamo escrito ante el gobierno federal, a continuación encontrará la información de contacto:

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos

200 Independence Avenue, S.W.

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Línea gratuita: 1-877-696-6775

Sitio en Internet:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

E-mail: OCRComplaint@hhs.gov

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Esta Notificación rige a partir del 23 de septiembre de 2013.

ESTA NOTIFICACIÓN

DESCRIBE LOS POSIBLES USOS Y CASOS DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA REFERIDA A USTED Y DE QUÉ MANERA USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

TENEMOS LA OBLIGACIÓN LEGAL DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Por ley, estamos obligados a proteger la confidencialidad de su información médica y su identidad. Esta información médica puede incluir información referida a la atención médica que le prestamos o al pago de estos servicios. También puede incluir información acerca de su estado de salud pasado, presente o futuro.

Por ley, también estamos obligados a comunicarle esta Notificación sobre prácticas de confidencialidad que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de confidencialidad con respecto a la información médica. Tenemos la obligación legal de respetar los términos de esta Notificación. En otras palabras, sólo estamos autorizados a utilizar y divulgar información médica de la manera que se establece en esta Notificación.

Esta Notificación está sujeta a modificaciones en el futuro. Nuestra organización se reserva el derecho de introducir cambios y aplicar la nueva Notificación a toda la información médica que se encuentre en nuestro poder. En caso de modificación de esta Notificación, nos comprometemos a:

- Tener copias de la nueva Notificación disponibles a pedido en todos nuestros establecimientos.

Alternativamente, puede solicitar una copia por correo a 7330 Smoke Ranch, Suite B, Las Vegas, NV 89128. También puede descargar una copia de esta Notificación en:

<http://www.lvsc.com/pages/home/index.html>

o

<http://www.westdermatology.com/pages/home/index.html>

En el resto de esta Notificación se explicará:

- De qué manera se utilizará y divulgará su información médica;
- Sus derechos con respecto a la información médica referida a usted;
- Cómo y dónde presentar un reclamo en materia de confidencialidad.

En caso de dudas o consultas relacionadas con la información incluida en esta Notificación o nuestros procedimientos, prácticas o políticas de confidencialidad, comuníquese con el Responsable de Cumplimiento al (702)360-3955.

SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA EN DIVERSAS CIRCUNSTANCIAS.

Diariamente usamos y divulgamos información médica de los pacientes. Esta sección de la Notificación explica en más detalle de qué manera podemos usar y divulgar información médica suya con el fin de brindar atención médica, gestionar los pagos de esa atención médica y llevar a cabo nuestra actividad eficientemente. Esta sección también describe brevemente otros diversos casos en los que su información médica puede ser usada o divulgada. Para obtener más información acerca de estos usos o divulgaciones o acerca de nuestros procedimientos, prácticas o políticas de confidencialidad, comuníquese con el Responsable de Cumplimiento al (702) 360-3955.

1. TRATAMIENTO. Podemos usar y divulgar su información médica con el fin de brindarle un tratamiento de atención médica. En otras palabras, podemos usar y divulgar información médica suya para prestar, coordinar o gestionar su atención médica y servicios relacionados. Esto incluye la comunicación con otros proveedores de atención médica en relación con su tratamiento y la coordinación y gestión de su atención médica con terceros.

Por ejemplo: Jane es paciente del departamento de salud. El recepcionista puede usar información médica de Jane para programar una cita. El profesional médico posiblemente use información sobre Jane al examinar su estado de salud y ordenar un análisis de sangre. El técnico del laboratorio posiblemente use información médica de Jane cuando procese y examine los resultados de su análisis de sangre. Si, luego de evaluar los resultados del análisis de sangre, el médico determina que Jane debería ser derivada a un especialista, el profesional puede transmitir información médica de Jane al especialista para que éste pueda brindarle la atención apropiada.

2. PAGOS. Podemos usar y divulgar información médica suya con el fin de gestionar el pago de los servicios de atención médica que usted recibió. Esto significa que, dentro del departamento de salud, podemos usar su información médica para procesar pagos (como para preparar facturas y gestionar cuentas). También podemos divulgar información médica suya a otras partes (como aseguradoras, agencias de cobro y agencias generadoras de informes sobre consumidores). En ciertos casos, podemos divulgar su información médica a un plan de seguro antes de brindarle un determinado servicio de atención médica porque, por ejemplo, necesitamos saber si su plan de seguro cubrirá un servicio en particular.

Por ejemplo: Jane es paciente del departamento de salud y tiene un seguro médico privado. Durante la consulta con el profesional médico, éste ordenó un análisis de sangre. El encargado de facturación del departamento de salud utilizará información médica de Jane para preparar una factura por los servicios prestados en la consulta y el análisis de sangre. La aseguradora recibirá información médica de Jane cuando el encargado de facturación le envíe la factura.

Por ejemplo: El profesional médico derivó a Jane a un especialista. El especialista recomendó diversos exámenes costosos y complicados. El encargado de facturación del especialista posiblemente se contacte con la aseguradora de Jane antes de que el especialista realice los exámenes para determinar si el plan cubrirá los gastos.

3. SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. Podemos usar y divulgar su información médica con el fin de realizar una variedad de actividades institucionales que llamamos “servicios de atención médica”. Estos “servicios de atención médica” nos permiten, por ejemplo, mejorar la calidad del servicio que ofrecemos y reducir los costos de atención médica. Por ejemplo, su información médica puede ser usada o divulgada como parte de la realización de las siguientes actividades:

- Revisión y evaluación de las competencias, calificaciones y desempeño de los proveedores de atención médica que cuidan de usted.
- Realización de programas de capacitación para estudiantes, practicantes y proveedores de atención médica o profesionales no relacionados con la salud para ayudarlos a ejercitar o mejorar sus habilidades.
- Cooperación con organizaciones externas responsables de evaluar, certificar o autorizar a proveedores, personal y establecimientos del área de la salud en un campo o especialidad en particular.
- Revisión y mejora de la calidad, la eficiencia y los costos de la atención que le brindamos a usted y a nuestros demás pacientes.
- Mejoramiento de la atención médica y reducción de costos para grupos de personas con problemas de salud similares y asistencia en la gestión y coordinación de los servicios de atención para estos grupos.
- Cooperación con organizaciones externas responsables de evaluar la calidad de atención que otros y nosotros brindamos, incluidas agencias del gobierno y organizaciones privadas.
- Planificación de las actividades futuras de nuestra organización.
- Resolución de reclamos dentro de nuestra organización.
- Revisión de nuestras actividades y uso y divulgación de información médica en caso de un cambio sustancial de control de nuestra organización.
- Trabajo junto con otras partes (tales como abogados, contadores y otros proveedores) que nos asisten en el cumplimiento de esta Notificación y otras leyes aplicables.

Ejemplo: A Jane le diagnosticaron diabetes. El departamento de salud utilizó la información médica de Jane, así como la información médica de todos los demás pacientes del departamento de salud a quienes se les diagnosticó diabetes, para desarrollar un programa educacional que ayude a los pacientes a reconocer los primeros síntomas de la diabetes. (Nota: El programa educacional no identificaría a ningún paciente en particular sin su permiso).

Ejemplo: Jane se quejó de no haber recibido la atención apropiada. El departamento de salud revisó el historial de Jane para evaluar la calidad de atención brindada.

A su vez, discutió el asunto con un abogado.

4. PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU CUIDADO. Podemos divulgar información médica suya a un familiar, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique si esa persona está involucrada en su cuidado y la información es relevante a tal fin. Si el paciente es menor de edad, podemos divulgar información médica acerca del menor a alguno de los padres, tutor u otra persona a cargo del menor, excepto en limitados casos. Para obtener más información acerca de la confidencialidad de la información de menores, comuníquese con el Responsable de Cumplimiento al (702) 360-3955.

También podremos usar o divulgar información médica suya a un familiar, otra persona a cargo de usted o posiblemente a una organización de asistencia ante desastres (como la Cruz Roja) en caso