



# CUESTIONARIO PRELIMINAR DE MRI

Nombre: \_\_\_\_\_ Fech De \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
 Nac : \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre Mujer Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**LOS SIGUIENTES ELEMENTOS PUEDEN INTERFERIR CON EL EXAMEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y PODRÍAN SER PELIGROSOS PARA USTED. POR LO TANTO, POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.**

Ha tenido alguna de las siguientes cirugías:			¿Es usted claustrofóbico?			SÍ	NO
Cirugía del Cerebro:	SÍ	NO	¿Alguna vez ha tenido o tiene alguno de los siguientes metales en su cuerpo:				
Cirugía del Corazón:	SÍ	NO	Fragmentos Metálicos, Balas, etc.:			SÍ	NO
Cirugía de los Ojos:	SÍ	NO	¿Alguna vez has tenido una lesión en el ojo que involucra algun de los siguientes objetos metálicos:				
Cirugía de los Oídos:	SÍ	NO	Astillas/Virutas Metálicas, etc.:			SÍ	NO
Tiene alguno de los siguientes en su cuerpo:			¿Es usted alérgico a los mariscos?			SÍ	NO
Marcapasos:	SÍ	NO	Nombre alguna otra alergia: _____				
Miembros Artificiales:	SÍ	NO	¿Usted ha tenido cáncer?			SÍ	NO
Neuro-Estimulador:	SÍ	NO	Si sí, explique: _____				
Implantes Metálicos:	SÍ	NO	<b>SÓLO PARA MUJERES:</b>				
Válvulas/Sujetadores Cardiacas:	SÍ	NO	¿Está embarazada o posiblemente embarazada?			SÍ	NO
Audífono/Implante Coclear:	SÍ	NO	¿Amamantando?			SÍ	NO
Aneurisma o Grapas Cerebrales:	SÍ	NO					

**YO VERIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA**

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

## SÓLO PARA ESTUDIOS CON INYECCIÓN DE CONTRASTE

Debido a su historial médica o pruebas diagnósticas previas, una inyección de medios de contraste MRI puede ser útil para determinar el tratamiento adicional/ diagnóstico. El medio de contraste utilizado es el gadolinio (Gadopentetate dimeglumina) y ha sido aprobado por la FDA para uso entorno clínico. Las complicaciones graves no se han reportado después de muchos usos de dichos medios en los ensayos de la FDA. De vez en cuando se producen reacciones leves como dolor de cabeza transitorio o náuseas leves. **El gadolinio no puede ser utilizado para el examen si usted tiene un historial médico de los siguientes:**

Insuficiencia Renal Aguda o Crónica:	SÍ	NO	Extirpación del Riñón:	SÍ	NO
Diálisis Renal:	SÍ	NO	Anemia Hemolítica:	SÍ	NO
Medicamentos del Riñón:	SÍ	NO	Enfermedad del Hígado:	SÍ	NO
Diabetes:	SÍ	NO			

**SU FIRMA SE REQUIERE PARA AUTORIZARNOS A UTILIZAR LOS MEDIOS DE CONTRASTE**

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

## PARA USO INTERNO

NOTES: \_\_\_\_\_

Patient tolerated procedure well: YES NO

Magnevist lot #: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_ CC's injected: \_\_\_\_\_

Technologist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## Formulario De Autorización, Responsabilidad y Consentimiento del Paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Patient Account Number: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, en consideración de \_\_\_\_\_ (el "procedimiento") por Open MRI Solutions ("Centro") reconozco y acepto los siguientes términos y condiciones: Consentimiento para el **procedimiento**: Por la presente consiento y autorizo al Centro a realizar el procedimiento de acuerdo con instrucciones generales y especiales de mi médico tratante o del médico que supervise el procedimiento. Asimismo También reconozco que mi médico me ha explicado detalladamente el procedimiento y todos los riesgos, beneficios y cualquier procedimiento alternativo.

**Autorización/asignación de prestaciones:** Por la presente autorizo y cedo el pago de cualquier prestación que me corresponda según los términos de cualquier póliza de seguro o pólizas que puedan cubrir el procedimiento realizado en mí\_o mi(s) dependiente(s) por Centro directamente al Centro a la dirección designada por el Centro en cualquier formulario de reclamación presentado a mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en que el pago al Centro de conformidad con esta autorización/asignación por parte de mi compañía de seguros deberá dicha compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones en virtud de la póliza en la medida de dicho pago. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta autorización/cession y autorizo al Centro a ponerse en contacto con mi empleador con el fin de determinar la existencia y el alcance de cualquier beneficios del seguro. Entiendo que se está facturando a mi compañía de seguros como cortesía y acepto que soy financieramente responsable de pagar cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguros. En caso de que mi cuenta en mora, acepto pagar intereses sobre el saldo adeudado por el importe máximo permitido por la ley. Si Center emprende gestiones de cobro para recuperar cualquier cantidad vencida, acepto pagar todos los gastos razonables en los que incurra, incluidos los honorarios de los abogados.

**Responsabilidad por objetos de valor:** Por la presente entiendo y reconozco que el Centro no es responsable de la pérdida de, el daño a, o el robo de cualquiera de mí, o y mi dependiente, posesiones personales, incluyendo, pero no limitado a, dinero, joyas, ropa u otros objetos de valor, mientras yo o mis dependientes estemos en las instalaciones del Centro.

**Autorización/Consentimiento para divulgar información:** Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, organización de prepago organización de prepago, empleador, hospital, médico o representante de revisión de utilización a divulgar al Centro toda la información con respecto a mí o a mi(s) dependiente(s) que pueda tener relación con el tratamiento que yo o mi(s) dependiente(s) reciba(n) en el Centro. dependiente(s) reciba(n) en el Centro o en cualquier prestación pagadera por mi compañía de seguros por el procedimiento realizado por el Centro a mí o a mi(s) dependiente(s). Estoy de acuerdo en que esta autorización permanecerá en vigor durante un (1) año a partir de la fecha indicada a continuación. Por la presente autorizo al Centro a divulgar a mi compañía de seguros o a cualquier médico u otro proveedor de atención sanitaria que me proporcione tratamiento a mí o a mi(s) dependiente(s) toda la información con respecto a mí o a mi(s) dependiente(s). a mí o a mi(s) dependiente(s) que pueda ser necesaria para la prestación de servicios sanitarios a mí o a mi(s) dependiente(s) o en relación con las prestaciones pagaderas a mi(s) dependiente(s). dependiente(s) o en relación con las prestaciones pagaderas a mí o a mi(s) dependiente(s).

**Sólo para pacientes de Medicare - Autorización para divulgar información y solicitud de pago:** Por la presente solicito que el pago de las prestaciones autorizadas de Medicare se realice en mi nombre al Centro por cualquier servicio prestado por el Centro. Por la presente autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Health Care Financing Health Care Administration o a sus agentes, o de cualquier información necesaria para determinar estas prestaciones o las prestaciones pagaderas por servicios relacionados. Entiendo además que los deducibles, coseguros y cualquier otro cargo no cubiertos por Medicare son mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal Nombre y autoridad en letra de imprenta  
(si es representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## LOS DERECHOS DEL PACIENTE

### Open MRI Solutions

4130 E. VAN BUREN ST. STE 100  
PHOENIX, AZ 85008  
PH: (602) 244-2442 FAX: (602) 244-2445

#### **A. El administrador se asegurará de que:**

1. El paciente sea tratado con dignidad, respeto y consideración;
2. No se someta al paciente a:
  1. Maltrato;
  2. Negligencia;
  3. Explotación;
  4. Coacción;
  5. Manipulación;
  6. Abuso sexual;
  7. Agresión sexual;
  8. Excepto lo permitido en R9-10-1012(B), restricción o seclusión;
  9. Represalias por presentar una queja ante el Departamento u otra entidad; o
  10. Apropiación indebida de personal y de propiedad privada por parte de un miembro del personal, empleado, voluntario o empleado de un centro de tratamiento ambulatorio Y:
3. Un paciente o su representante:
  - a. Salvo en caso de urgencia, consiente o rechaza el tratamiento;
  - b. Puede rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de que éste se inicie;
  - c. Excepto en caso de emergencia, se le informa de las alternativas a una medicación psicotrópica o procedimiento quirúrgico propuesto y de los riesgos asociados y posibles complicaciones de una medicación psicotrópica o procedimiento quirúrgico propuesto. medicación psicotrópica o procedimiento quirúrgico propuestos, así como de los riesgos asociados y las posibles complicaciones de una medicación psicotrópica o procedimiento quirúrgico propuestos. medicación psicotrópica o procedimiento quirúrgico propuestos;
  - d. Se le informe de lo siguiente : i. La política del centro de tratamiento ambulatorio sobre directivas de atención médica, y ii. El proceso de quejas del paciente;
  - e. Consentimientos a fotografías del paciente antes de que un paciente sea fotografiado, excepto que un: paciente puede ser fotografiado cuando ingrese en un centro de tratamiento ambulatorio con fines de identificación y fines administrativos; y

f. Salvo que la ley disponga lo contrario, presta su consentimiento para la divulgación de información del paciente:

i. Historia clínica, o

ii. Historial financiero.

4. Un paciente tiene los siguientes derechos:

1. No ser discriminado por motivos de raza, nacionalidad, religión, sexo, orientación sexual edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;
2. A Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las opciones, los puntos fuertes y las capacidades del paciente. capacidades de los pacientes;
3. A recibir privacidad en el tratamiento y atención a las necesidades personales;
4. A revisar, previa solicitud por escrito, la historia clínica del propio paciente, de conformidad con A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294.01 y 12-2294.01.
- 5.. Recibir una derivación a otra institución sanitaria si el centro de tratamiento ambulatorio no está ambulatorio no está autorizado o no puede prestar los servicios de salud física o conductual que necesita el paciente;
6. Participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o en las decisiones relativas al tratamiento;
7. Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales.
8. Recibir ayuda de un familiar, representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente. comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.

**Para presentar una queja o reclamación puede ponerse en contacto con**

**Departamento de Salud de AZ**

150 N. 18th Ave., Suite 450 Phoenix, AZ 85007

Teléfono: 602-364-3030 Fax: (602) 542-0883

NOTA: ADHS está abierto de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., excepto los días festivos estatales.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Autorizacion para divulgar Informacion medica del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Direccion del paciente: \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
Tipo de examen: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_  
Por el presente solocito y autorizo a \_\_\_\_\_ (“Proveedor”)  
Para que divulgue y envíe la information especificada a continuacion a:

**Open MRI Solutions**  
4130 E. Van Buren St. Ste. 100  
Phoenix, Arizona 85008

Entiendo que la informacion medica descrita a continuacion contiene informacion relacionada con mi diagnostico y tratamiento y por el presente consiento a la divulgacion de tal informacion. Por el presente otorgo mi concentimiento especifico para divulgar informacion relacionada con el diagnostico o el abuso de Drogas o alcohol, salud mental, pruebas o infeccion del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), o anemia de hematies falciformes.

### Informacion a ser divulgada:

- Expediente medico complete
- MRI / CT / Rayos X / Peliculas de mamografia (encierre uno en circulo)
- MRI / CT / Rayos X / Informe de mamografia (encierre uno en circulo)
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta divulgacion y autorizacion no autoriza la divulgacion de ninguna informacion que no sea la informacion especificamente descrita anteriormente.

Por el presente certifico que soy el/la [Paciente/ Tutor Legal o Representante del/a Paciente] ( encierre uno en un circulo) y que esta solicitud se ha hecho libre y voluntariamente y sin coercion y que la informacion proporcionada anteriormente es fidedigna en lo que respecta a mi leal saber. Entiendo que esta autorizacion es valida durante un period de ciento ochenta (180) dias a partir de la fecha en que la firme. Entiendo asimisomo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento proporcionando notificacion por escrito al proveedor, a menos que este ya haya divulgado la informacion al centro.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante legal

\_\_\_\_\_  
escriba sun ombre y autoridad (si es el representante Legal) en la letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo o interprete

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha



**CONFIRMACION DE RECIBO DE LA  
NOTIFICACION SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Con mi firma en este formulario, confirmo que he recibido la “Notificacion sobre Practicas de Privacidad” (Notificacion) de la compania, la cual contiene la descripcion de lo siguiente: usos y revelacion de la informacion confidencial sobre mi salud que pudiese hacer la compania, mis derechos como paciente, y las responsabilidades de la compania con respecto a la informacion confidencial sobre mi salud.

Declaro que he leido o me han explicado el contenido de la notificaciones, y que entiendo mis derechos bajo la misma. Asimismo, entiendo que la Notificacion esta sujeta a cambios, y que podre solicitar una copia revisada de la Notificacion en cualquier momento.

Yo \_\_\_\_\_, confirmo por medio del presente que he recibido la  
(Nombre en letra de imprenta)

notificacion sobre Practicas de Privacidad que me ha sido entregada.

Firmado por: \_\_\_\_\_

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

<p><u>Si no firma este formulario, indique el motivo por el puede obtener su confirmacion:</u></p> <hr/> <hr/> <hr/>
--

Miembro del Personal que solicito la confirmacion: \_\_\_\_\_

(Nombre en Letra de Impreta)

Firma: \_\_\_\_\_

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

# Notificación Sobre Prácticas de Privacidad

EN ESTA NOTIFICACION SE DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA RELACIONA CON USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CON MUCHA ATENCION

Esta notificación fue publicada y entrada en vigor el día de Abril de 14 de 2003. Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, por favor comuníquese con:

**Miguel Bonillas (602) 602-2442**

## NUESTRAS OBLIGACIONES:

### De Acuerdo con la Ley, Nosotros Debemos:

- Mantener la privacidad de la Información Confidencial sobre su Salud, la cual de aquí en adelante se denominará "Información sobre su Salud"
- Entregarle esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con la Información sobre su Salud.
- Observar los términos de nuestra notificación que se encuentran actualmente vigentes.

## COMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACION SOBRE SU SALUD:

Con excepción de los fines que se describen a continuación, nosotros usaremos y revelaremos la Información sobre su Salud únicamente con su consentimiento escrito, el cual usted podrá revocarlo en cualquier momento escribiendo a nuestro Funcionario encargado de Prácticas de Privacidad. Usted también podrá solicitar que la revelación de la Información sobre su Salud sea limitada. (Ver "Derecho de Solicitar Limitaciones", estipulado mas adelante).

**Tratamiento.** Nosotros podremos usar y revelar Información sobre su Salud para su tratamiento. Por ejemplo, podremos revelar Información sobre su Salud a médicos, enfermos, técnicos, y otros empleados, incluyendo personas que no trabajan en nuestra oficina, pero están involucrados con su atención medica y necesitan esta información para proporcionarle dicha atención.

**Pago.** Nosotros podremos usar y revelar Información sobre su Salud, con el fin de que tanto nosotros como otras personas podemos enviar facturas y/o recibir pagos de usted, de una compañía de seguros o de que tanto nosotros como otras personas podemos enviar facturas y/o recibir pagos de usted, de una compañía de seguros o se terceros por el tratamiento y atención medica que usted hay recibido. Por ejemplo, podremos proporcionar información sobre su plan medico a un asegurador, para que este pueda pagar por su tratamiento.

**Operaciones Relacionadas con la Atención Médica.** Nosotros podremos usar y revelar Información sobre su Salud para efectuar actividades comerciales de rutina. Dichos usos y revelaciones son necesarios para asegurarnos que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad, así como para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podremos hojas en las cuales usted firme su entrada a la oficina, y llamarle por su nombre en las arias de espera.

**Recordarías de Citas, Tratamientos Alternos, y Beneficios y Servicios Relacionados con su Salud.** Nosotros podremos usar y revelar Información sobre su Salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. Asimismo, podremos usar y revelar Información sobre su salud para informarle sobre tratamientos alternos, o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

**Individuos Involucrados con su Caso o con el Pago por la Atención Medica que Usted Reciba.** Cuando consideramos adecuado, nosotros podremos compartir la Información sobre su Salud con una persona que esta involucrada con su atención médica, o con el pago por dicha atención, tal como algún familiar o amigo íntimo. También podremos notificar a su familia su ubicación o condición general, o revelar dicha información a una entidad encargada de proveer asistencia cuando ocurre desastre.

**Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, nosotros podremos usar y revelar Información sobre su Salud para fines de investigación. Por ejemplo, para un proyecto de investigación podría ser necesario comparar la salud de los pacientes quienes se les ha efectuado un procedimiento de diagnostico, con la de aquellos a quienes se les ha efectuado otro procedimiento, para la misma condición. Antes de usar o revelar Información sobre su Salud para fines de investigación el proyecto será sometido a in proceso especial de aprobación. Pero aun sin tener ninguna aprobación especial, podremos permitir a los investigadores que estudien nuestros archivos, con el fin de ayudarles a identificar a los pacientes que puedan ser incluidos en su proyecto de investigación, o para otros fines similares, siempre y cuando los investigadores no saquen o copien dicha información.

## SITUACIONES ESPECIALES:

**Para Cumplir con la Ley.** Nosotros revelaremos Información sobre su salud cuando así lo exija cualquier ley federal, estatal o local.

**Para Evitar una Amenaza Seria contra la Salud o la Seguridad.** Nosotros podremos usar y revelar Información sobre su Salud cuando esto sea contra su salud y seguridad, o contra la salud y seguridad de otra persona. Sin embargo, estas revelaciones se harán únicamente a aquellos que puedan ayudar a prevenir este tipo de amenazas.

**Asociados Comerciantes.** Nosotros podremos revelar Información sobre su Salud a nuestros asociados comerciantes que realizan funciones para nosotros o que nos suministran servicios, siempre y cuando dicha información sea necesaria para realizar tales funciones o servicios. Por ejemplo, podríamos usar a un tercero para que nos proporcione servicios de transportación; en tal caso, dicho tercero sería nuestro asociado comercial. Todos nuestros asociados comerciales están obligados a proteger la privacidad de su Información, y no se permitirá usar o revelar ninguna información que no sea la Nosotros podremos usar y revelar Información sobre su Salud que se ha acordado previamente.

**Miliars y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podremos suministrar la Información sobre su Salud que sea requerida por las autoridades militares de comandó. Asimismo, podremos suministrar Información sobre su salud a una autoridad militar extranjera, en caso que usted sea miembro de una institución militar extranjera.

**Comprensión a los Trabajos.** Nosotros podremos suministrar Información sobre su Salud para programas de comprensión a los trabajadores, o para programas similares. Estos programas proveen beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos a la Salud Pública.** Nosotros podremos revelar Información sobre su Salud para actividades relacionadas con la salud pública. Por lo general, estas actividades incluyen relaciones para: prevenir o controlar alguna enfermedad, herida o incapacidad física; denunciar negligencia o abusos contra niños; denunciar reacciones a ciertos medicamentos, o problemas con ciertos productos; notificar al gerente sobre la eliminación de productos que queden estar usando; notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de alguien abuso, negligencia o violencia doméstica. Nosotros haremos estas revelaciones únicamente si usted esta de acuerdo con las mismas, o cuando la ley así lo requiera o autorice.

**Actividades Relacionadas con el Control de la Salud.** Nosotros podremos revelar Información

sobre su Salud a una agencia de control de salud, para actividades requeridas o autorizadas por la ley. Por ejemplo, las actividades de control podrían incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciamiento. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de atención medica, los programas gubernamentales, y el cumplimiento con las leyes sobre los derechos civiles.

**Juicios y Disputas Legales.** Si usted esta involucrado en un juicio o disputa legal, nosotros podremos revelar Información sobre su Salud en respuesta a una orden a una situación judicial, solicitud de exposición, o cualquier otro proceso legal efectuado por otra persona que este involucrada en la disputa legal, pero únicamente si se han hecho los esfuerzos necesarios para informarle a usted sobre dicha salud, o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

**Cumplimiento con la Ley.** Nosotros podremos suministrar Información sobre su Salud a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, si la información es (1) en respuesta a una orden de la corte, citación judicial, orden legal, convocatoria o proceso similar; (2) información limitada para identificar o ubicar a un sospechoso fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida; (3) en relación con la víctima de un crimen aun si bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no podremos obtener el consentimiento de la persona; (4) en relación con alguna muerte que creemos que podría ser resultado de una conducta criminal; o (5) en relación con cualquier conducta criminal que ocurra en nuestras instalaciones. También podremos revelar Información sobre su Salud en caso de alguna emergencia con el fin de reportar un crimen, el lugar del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Actividades Relacionadas con Seguridad Nacional e Inteligencia.** Nosotros podremos suministrar Información sobre su Salud a funciones federales autorizadas Información sobre su Salud que este relacionada con actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de Protección al Presidente o a Otros.** Nosotros podremos revelar Información sobre su Salud a funciones autorizadas, con el fin de permitirles proporcionar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o conducir investigaciones especiales.

**Reclusos o Individuos bajo Custodia.** Su usted esta recludo en una institución correccional, o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, nosotros podremos suministrar Información sobre su Salud a dicha institución correccional o funcionario encargado he hacer cumplir la ley; (1) para que le puedan dar atención medica, o (2) para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros.

## SUS DERECHOS:

Los siguientes son sus derechos con respecto a la Información sobre su Salud que nosotros tenemos:

**Derecho de Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la Información sobre su Salud que precise usar para tomar decisiones sobre su atención médica, o sobre los pagos por dicha atención. Esto incluye archivos médicos y de facturación que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar la Información sobre su Salud usted debe entregar una solicitud por escrito al Gerente de la Clínica.

**Derecho de Hacer Modificaciones.** Si usted cree que la Información sobre su salud que nosotros tenemos es incorrecta o esta incompleta, puede pedirnos que modifiquemos dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar una modificación, siempre y cuando la información sea mantenida en o para nuestra oficina. Para solicitar una modificación, usted debe entregar una solicitud por escrito al Gerente de la Clínica.

**Derecho a Solicitar una Explicación Sobre las Revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones efectuadas con respecto a la Información sobre su Salud, para

fines que no sean relacionadas con el con el tratamiento, pagos o operaciones de atención medica, o para los cuales usted hay dado autorización por escrito. Para solicitar una explicación sobre las revelaciones, usted debe entregar una solicitud por escrito al Gerente de la Clínica.

**Derecho de Solicitar Limitaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación a la Información sobre su Salud que nosotros usamos o revelamos para fines de tratamiento, pagos u operaciones de atención medica. Asimismo, usted tiene el derecho de solicitar un límite a la Información sobre su Salud que nosotros revelamos a individuos involucrados con su atención médica, o con el pago por dicha atención médica o con el pago por dicha atención, tal como algún miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, usted puede pedir nos que no compartamos con su esposo o esposa información relacionada con el resultado de algún examen de diagnostico o tratamiento específico. Para solicitar una limitación, usted debe entregar una solicitud por escrito al Gerente de la Clínica. Nosotros no tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud. Si su solicitud, a menos que la información sea necesaria para administrarle algún tratamiento de emergencia.

**Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted únicamente a través del correo, o en su lugar de trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe entregar una solicitud por escrito al Gerente de la Clínica. Su solicitud deba especificar como y en donde desea que nos pongamos en contacto con usted. Nosotros aceptamos todas solicitudes que sean razonables.

**Derecho he Hacer una Copia Impresa de esta Notificación.** Usted tiene el derecho de hacer una copia impresa de esta notificación. Aun si usted haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente, tendría el derecho de recibir una copia impresa de esta notificación. Para obtener una copia impresa de esta notificación, por favor póngase en contacto con el personal de recepción.

## CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION:

Nosotros nos reservamos el derecho de hacer cambios a esta notificación y de asegurarnos que la nueva notificación sea de aplicación a la Información sobre su Salud que ya tenemos, así como a cualquier Información sobre su Salud que recibamos en el futuro. Nosotros colocaremos una copia de nuestra última notificación en nuestra oficina. La fecha de vigencia se especificara en la primera pagina de la notificación.

## QUEJAS:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja en nuestra oficina, o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos ("Department of Health and Human Services"). Todas las quejas deben ser efectuadas por escrito. Usted no será sancionado por presentar una queja. Para presentar una queja en nuestra oficina, por favor comuníquese con nuestro Funcionario encargado de Prácticas de Privacidad.

POR FAVOR LLAME 602-244-2442

