



Fecha								
<b>Favor de usar letras de molde</b>								
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>								
Nombre Completo (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (s)						Nombre normalmente usado		
Dirección				Apt. No.	Ciudad		Estado	Código Postal
E-mail		Teléfono (casa)		Teléfono (trabajo)		Teléfono (celular)		
No. de seguro social		Sexo	Estado Civil	Fecha de nacimiento	No. de licencia		Estado	
Nombre del Patrón			Ciudad del Patrón	Estado	Como escucho de nuestra oficina?			
Usted nos da consentimiento para compartir información del registro de vacunas de Illinois ICARE? si ___ no ___								
Métodos permitido de contacto para el sistema automático (círcule todos que apliquen)								
teléfono celular: texto? correo de voz? correo electrónico _____ teléfono de casa: correo de voz? trabajo: correo de voz?								
<b>INFORMACION DEL ESPOSO(A)</b>								
Nombre Completo (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)(s)						Teléfono (casa)		
Ocupación		Nombre del Patrón		Teléfono (trabajo)		Celular		
<b>INFORMACION DE SEGURO MEDICO</b>								
Nombre de compañía de seguro medico (primaria)				No. grupo		No. de ID/certificado		
Nombre del dueño de póliza (o nombre del padre o madre si el paciente es un niño)				Fecha de nacimiento		No. de seguro social		
Nombre de compañía de seguro medico (segundo)				No. grupo		No. de ID/certificado		
Nombre del dueño de póliza								
<b>INFORMACION DE EMERGENCIA</b>								
Persona a quien llamar en caso de emergencia				Parentesco		Teléfono (casa)		Celular
<b>FIRMA DEL PACIENTE</b>								
<p>_____</p> <p>Firma del Paciente/Guarda</p> <p>_____</p> <p>Fecha</p>								



# Forma de Historia Medicinal de Paciente

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

MEDICO que veía antes: \_\_\_\_\_

ESPECIALISTAS que ha visto: \_\_\_\_\_

## CIRUGÍAS

Lista de CIRUGÍAS que ha tenido (incluye año, cirujano y hospital): \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultima Colonoscopia? \_\_\_\_\_ Resultado? \_\_\_\_\_ Dónde? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultima prueba de osteoporosis? \_\_\_\_\_ Resultado? \_\_\_\_\_ Dónde? \_\_\_\_\_

Describir HOSPITALIZACIONES/ENFERMEDADES no incluidos arriba (incluye año y hospital): \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Lista de RECETAS ACTUALES: (incluye dosis, razon por tomarla y quien lo receto)

Lista de MEDICAMENTOS sin RECETA VITAMINA Y SUPLEMENTOS alimenticios que tome: \_\_\_\_\_

ALERGIAS DEMEDICAMENTOS (incluyendo reacción): \_\_\_\_\_

## VACUNAS

Qué año recibio:

Inyección de tétano \_\_\_\_\_ Inyección de gripe \_\_\_\_\_ Vacuna de pulmonía \_\_\_\_\_ Vacuna de shingles \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES MÉDICOS: Ha tiendo (circule):

- |                               |                            |                      |                              |                          |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------|--------------------------|
| ADD/ADHD                      | Enfermedades de la Sangre  | Cáncer               | Problemas de Erección        | Problemas Musculares/    |
| Alergias                      | de senos                   |                      | Problemas Gastrointestinales | Articulación/Huesos      |
| Anemia                        | Cáncer _____               |                      | Dolores de Cabeza o Migrañas | Enfermedad Psiquiátrica  |
| Complicaciones de Anesthesia  | Varicela                   |                      | Enfermedad del Corazón       | El Síndrome de Piernas   |
| Trastorno de Ansiedad         | Artritis                   | Anomalías Congenital | Hepatitis                    | Inquietas                |
| Válvula de Corazón Artificial | Estreñimiento              |                      | Precion Alta                 | Fiebre Reumática         |
| Asma                          | Depresión                  |                      | Hipotiroidismo               | Convulsión/Epilepsia     |
| Fibrilación de Corazón        | Trastornos de Desarrollo o |                      | Infertilidad                 | Apnea de Dormir          |
| El Esófago de Barrett         | comporamiento              |                      | Insomnio                     | Derrame Cerebral         |
| Enfermedades Hereditarias     | Diabetes                   |                      | Problemas de Riñon           | Problemas de la Tiroides |
| Problema de la Vejiga         | Problemas de Oir o Orejas  |                      | Enfermedad de Pulmones       | Venas Varicosas          |
|                               | Enfermedades de la Piel    |                      | Cáncer de Ovario             | Problemas de la Vista    |

OTRO \_\_\_\_\_



# Forma de Historia Medicinal de Paciente

## LA HISTORIA SOCIAL

Etnicidad: (circule) **Hispano** **No Hispano** Raza: \_\_\_\_\_ Lenguaje Preferido \_\_\_\_\_

Donde trabaja/trabajaba? \_\_\_\_\_ Que tipo de trabajo es? \_\_\_\_\_

Cuantos años asistió a la escuela? \_\_\_\_\_

Cuál es su estado civil? (circule) casado solo divorciado apartado viudo moderado pesado

Con qué frecuencia hace ejercicio? (circule) ninguno ocasional moderado pesado

Cuál es su orientación sexual? (circule) heterosexual homosexual bisexual

Qué tipo de dieta es lo que come? (circule) regular vegetariano sin gluten Otro?

\_\_\_\_\_ Cuál es su nivel de estrés en general? (circule) bajo medio alto

Fumas/Fumabas?? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuanto? \_\_\_\_\_ cajetilla/día No. de años \_\_\_\_\_ Años que dejó de fumar? \_\_\_\_\_ Cuando fue la última vez que trató de parar? \_\_\_\_\_ Cuantas veces ha tratado de parar? \_\_\_\_\_ Ha logrado parar en el pasado? \_\_\_\_\_

Bebe alcohol? Si \_\_\_ No \_\_\_ Que tanto? \_\_\_\_\_ bebidas/semana No. de años \_\_\_\_\_

Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Consume cafeína (café, te, soda)? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuántos por día? \_\_\_\_\_

Tiene un historial de abuso/adicción a receta de medicina? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si responde sí, a cuál? \_\_\_\_\_

Usa/usaba (circule): heroína marijuana cocaína metanfetaminas tabaco de mascar píldora de dieta

Maneja moto/bicicleta? Si \_\_\_ No \_\_\_ Usa cinturón de seguridad? Si \_\_\_ No \_\_\_ Usa casco? Si \_\_\_ No \_\_\_

Usa bloqueador solar? Si \_\_\_ No \_\_\_ Tiene un detector de humo en su casa? Si \_\_\_ No \_\_\_

Tiene pistola/arma de fuego en casa? Si \_\_\_ No \_\_\_ Son mantenidos en un lugar seguro? Si \_\_\_ No \_\_\_

## LA HISTORIA FAMILIA

Tiene hijos? \_\_\_\_\_ Si responde sí, lista nombres, edades, y cualquier problema médico:

Quien en su familia tiene/ha tenido (circule si fue la causa de muerte y apunte edad):

enfermedad del corazón \_\_\_\_\_ trastorno genético \_\_\_\_\_

diabetes \_\_\_\_\_ cáncer \_\_\_\_\_

enfermedad de la tiroides \_\_\_\_\_ alcoholismo \_\_\_\_\_

enfermedad mental \_\_\_\_\_ artritis \_\_\_\_\_

glaucoma \_\_\_\_\_ asma \_\_\_\_\_

allergias \_\_\_\_\_ problemas estomacales \_\_\_\_\_

tuberculosis \_\_\_\_\_ presión alta \_\_\_\_\_

Lista cualquier otra enfermedad que corre en su familia y especifica su parentesco al miembro. \_\_\_\_\_





Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Médico Anterior o Nuevo:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Fax:**

**Proporcionar A:**  
**Fox Valley Care Center**  
**151 Dundee Avenue**  
**Suite C**  
**East Dundee, IL 60118**  
**Phone: 847-426-9396**  
**Fax: 847-426-1086**

1. **INFORMACION PARA SER PROPORCIONADA:** (Compruebe todos aplicables)

Toda La Información \_\_\_\_\_ Todas Las Notas De Progreso \_\_\_\_\_ Expedientes de Laboratorio \_\_\_\_\_  
Expedientes de Radiografía \_\_\_\_\_ Electrocardiograma (ECG) \_\_\_\_\_ Expedientes de Alergia \_\_\_\_\_  
Expedientes de las Inmunizaciones \_\_\_\_\_ Otero: \_\_\_\_\_

**Autorización Especial:** Compruebe cada caja aplicable y firme en la línea inmediata

Con mi firma a continuar, autorizo a la oficina para que proporcione toda mi información con respecto a:

\_\_\_\_Alcohol \_\_\_\_Drogas \_\_\_\_Salud Mental \_\_\_\_Enfermedad de Transmisión Sexual \_\_\_\_HIV \_\_\_\_Sida

**Note:** If this release pertains to alcohol, drug, or mental health information, please note that this information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless additional further disclosure is expressly permitted by written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. **Expediente del Periodo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. **Propósito de Acceso:** (Compruebe todos aplicables)

\_\_\_\_Asistencia Médica \_\_\_\_ Pago de el Caso con la A seguridad \_\_\_\_ Legal  
\_\_\_\_Personal \_\_\_\_ Demanda de la Remuneración de los Trabajadores Otero: \_\_\_\_\_

4. Entiendo que esta autorización será válida por cinco años. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento a menos que hasta el punto de la acción ya se haya tomado.

5. Entiendo que un honorario razonable se puede cargar para la duplicación de expedientes. Una estimación de éste cargo será proporcionado a petición antes de la duplicación.

6. El solicitante puede ser proporcionado una copia de esta autorización.

Firma de Paciente/Guarda: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

For office use only:

MR# \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Initials of Staff Member Sending \_\_\_\_\_



## Forma de cumplimiento de HIPAA

En orden para estar en cumplimiento con los requisitos de HIPAA, nosotros necesitamos su autorización para dar su información médica.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Por favor circule Si o No

SI NO Podemos dejar información médica en su máquina de mensaje?

SI NO Podemos dejar mensajes en su máquina de mensajes para sus citas médicas?

Número donde podemos localizarlo: \_\_\_\_\_

Celular casa trabajo ( circule uno)

Números adicionales: \_\_\_\_\_

Celular casa trabajo ( circule uno)

Nombre de personas con las cuales podemos hablar sobre sus resultados médicos o información médica:

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del paciente o persona legalmente responsable



## Póliza Financiera

Gracias por escójernos como su proveedor medico. Para poder darle servicios medicos es necesario que usted lea y firme consentimiento de la póliza financiera que se quedara en su record medico.

**1. Seguro Medico.** Nosotros participamos en varios planes, incluyendo Medicare. Si usted no tiene plan medico, esperamos pago completo a tiempo de servicio. Si usted tiene un plan medico con quien tenemos contrato, pero no tiene o no podemos verificar su tarjeta de seguro medico esperamos, el pago completo al tiempo de la cita hasta que nosotros podamos verificar su cobertura. Es responsabilidad del paciente saber sus beneficios médicos. Favor de contactar su compañía de seguro medico con cualquier pregunta que usted tenga relacionado con su cobertura.

**2. Copago y deducibles.** Pago completo de copago y deducible deban ser pagados al tiempo de servicio. Esto es parte de su contrato con la compañía de seguro medico. Si no hacemos nuestra parte en coleccionar su copago o deducible se pudiera considerar fraude. Favor de ayudarnos en mantener la ley y pagar su copago en cada visita.

**3. Servicios no cubiertos.** Por favor tenga en mente que algunos o posiblemente todos los servicios que usted reciba en la oficina puedan ser servicios que su seguro medico o Medicare consideren servicios innecesarios o no razonables. Usted debe serse responsable de esos cargos.

**4. Comprobante de Seguro Medico.** Todos los pacientes deben de completar nuestras formas de registro antes de consultar con su doctor medico. Es necesario obtener una copia de su licencia y su seguro medico para verificar la cobertura de su plan medico. Si no puede darnos esta información al tiempo de su visita usted se hara responsable por el balance completo del cobro de su servicio.

**5. Reclamo sumision.** Nosotros nos hacemos responsables por submitir su reclamo medico y asistir a usted en cualquier forma para ayudarle con el cobro del reclamo. Su seguro medico posiblemente necesité cierta información de su parte directamente. Es su responsabilidad asegurarse que esta información se obtenga. Tenga en mente que el balance del reclamo es su responsabilidad sea o no que su seguro medico lo pague o no. Sus beneficios del plan medico es contrato entre usted y la compañía y no tenemos esa información.

**6. Cambios de cobertura.** Si su seguro medico cambio, por favor notifiquenos en su próxima consulta medica para poder hacer los cambios necesarios para que usted reciba los beneficios máximos. Si su seguro medico no paga el reclamo sumision en el periodo de 45 días, el balance completo automáticamente es cobrado a usted.

**7. Balance.** Si su cuenta esta restrasada mas de 90 días o si a sumado una cantidad de \$300 o mas, usted recibirá una carta indicando que tiene el periodo de 20 días para pagar el balance en su totalidad. Tenga en mente que si el balance continua, nosotros podremos mandar su cuenta a una agencia de coleccion y usted o cualquier miembro de su familia puedan ser despedidos de nuestro consultorio. Usted no sera tratado hasta que la cantidad sea pagada en su totalidad.

**8. Citas con faltas.** Nuestra póliza es de cobrar por las citas que usted no asistió o que no haiga cancelado entre un periodo razonable. Este cobro es responsabilidad completa de usted. Favor en ayudarnos en servirle mejor con asistir a sus citas programadas. Gracias por entender nuestra póliza financiera. Favor de preguntarnos cualquier duda que usted tenga.

Yo he leído y entiendo la póliza financiera y estoy de acuerdo con sus terminos:

---

Firma de paciente o persona responsable

---

Fecha



FOX VALLEY  
CARE CENTER

## Forma de consentimiento

### CONSENTIMIENTO DE SALUD, ASIGNAMENTO DE BENEFICIOS, RECIBO DE ADVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD Y PÓLIZAS DE OFICINA

Yo doy consentimiento para que los doctores de Fox Valley Care Center y todo el personal me examine, hagan estudios y procedimientos como sean razonables y necesarios en el diagnostico y tratamiento de mi caso. Ningún estudio o procedimiento serán hecho sin informarme y sin consentimiento de mi parte. Yo entiendo que no hay garantía los resultados de los tratamientos y exámenes hechos en la oficina.

Yo doy a Fox Valley Care Center los beneficios médicos y quirúrgicos que mi dependes y yo tememos derecho ha bajo el plan de mi seguro medico. Yo entiendo que si el seguro medico mio y de mis dependes no cubre o no tiene suficientes fondos para cubrir los servicios medicas recibidas, yo seré responsable del balance. Yo entiendo que seré responsable de pagar los cargos no cubiertos por mi seguro medico o pagador de tercera. Si yo tengo un plan de seguro medico atención administrado contratado con Fox Valley Care Center, yo seré responsable de todos los cobros o copagos, deducibles y otros servicios no cubiertos por el plan.

Yo doy consentimiento para que Fox Valley Care Center de información de mi salud, diagnósticos, o tratamientos para el propósito de proporcionar cuidado medico, reclamaciones para obtener pagos de mi seguro medico o de pagadores de tercera.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones en como proteger mi información medica. Fox Valley Care Center no esta requerido a estar en acuerdo con mi petición de restricciones. Si Fox Valley Care Center esta disponible en estar en acuerdo con mis restricciones, las restricciones serán seguidas a como yo las disponga, y serán responsables de cualquier error.

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar este conscientemente en escrito a cualquier hora. Excepto si Fox Valley Care Center a usado este consentimiento o restricción en el pasado.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Practica de Privacidad de Fox Valley Care Center antes de firmar esta póliza. El Aviso Practica de Privacidad describe los usos y divulgaciones de mi información de salud que serán realizados en mi tratamiento, pagos de mis reclamaciones, y las operaciones de salud que se realizan adentro de Fox Valley Care Center. Este Aviso de Practica de Privacidad también describe mis derechos y los deberes con respecto a mi información medica protegida por Fox Valley Care Center.

Con este consentimiento, Fox Valley Care Center puede llamar el teléfono de casa, mandar cartas, o llamar a otros lugares alternativos y dejar un mensaje en mi correo de voz o en persona a referencia de cualquier cosa que ayude a la oficina medica, como recordatorios de citas, cosas en respeto de su seguro medico, y cualquier llamada sobre mi cuidado medico.

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/guarda

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Reconocimiento de recibo del Aviso de Practica de Privacidad de Fox Valley Care Center y Pólizas de Oficina.

Yo consiento que he recibido el Aviso de Practica de Privacidad de Fox Valley Care Center y Pólizas de Oficina. Yo entiendo que el aviso describe los usos y divulgaciones de mi información medica por parte de Fox Valley Care Center e informa mis derechos a respecto de protección mi información medica. Para mas información, por favor de comunicarse a la oficina de Fox Valley Care Center 847-426-9396.

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/guarda

\_\_\_\_\_  
Fecha





FOX VALLEY  
CARE CENTER

## Pólizas de Oficina

Les queremos dar las gracias por escoger a Fox Valley Care Clinic como su hogar médico orientado al paciente. Hemos preparado una descripción de nuestras pólizas de oficina para mejor atender su cuidado médico.

**Horas de oficina:** Nuestra clínica está abierta: Lunes y Martes: 8:00am-7pm Miércoles: 7:30am-12:30pm Jueves: 10:00am-6:00pm Viernes: 8:00am-4:00pm 2 Sábados por mes

**Citas:** Atendemos pacientes solamente con cita.

**Cuidado Después de Horas y en Emergencias:** Para emergencias llame 911 inmediatamente. Si no está seguro llame a nuestra oficina y por favor deje saber a la recepcionista que es algo urgente. Después de horas de oficina comuníquese con nuestro servicio de contestación telefónico. Ellos lo pondrán en contacto con la doctora que está de guardia.

**Cuidado Urgente o Enfermedad Repentina:** Cada día tenemos citas el mismo día pero son limitadas. Por favor de llamar lo más temprano en la mañana para pedir estas citas porque estas citas se llenan rápido. Como estas citas son de mismo día puede ser que tenga que esperar más de lo normal para ser atendido. Pedimos que en estas citas se enfoquen sola en cuidado de urgencia. Se espera llegar a la hora indicada por la persona que programó la cita.

**Cancelaciones:** Por favor llame con 24 horas de anticipación si no puede atender a su cita. Esto nos dará la oportunidad de ofrecer la cita a otro paciente. Si no recibimos la cancelación antes de 24 horas habrá un cobro a su cuenta de \$35.00.

**Llegar después de su cita programada:** Puede ser de que cualquier paciente que llegue 10 minutos después de su cita programada no sea atendido por el doctor. Todas las citas son programadas para poder dar el mejor cuidado médico a nuestros pacientes. Aunque tenga que esperar un poquito les pedimos que lleguen a tiempo.

**Citas a Tiempo:** Sabemos que su horario es ocupado y su tiempo es valioso. Por favor haga no saber si ha tenido que esperar más de 30 minutos, así podremos investigar la razón de la espera. Recuerde que tenemos citas para servicios varios y si alguien pasa antes de usted probablemente es porque vino hacerse exámenes de laboratorio o a consulta con diferente doctora.

**Tratamiento de menores:** Pacientes menores de 18 años necesitan ser acompañados por un adulto responsable y tener en permiso en escrito de un padre o guardianes legal.

**Laboratorio:** Algunos de los estudios de laboratorio que hacemos son estudios que hacemos durante su cita, como evaluación de orina, examen de glucosa, y hemoglobinas A1C. Estos son hechos por nuestras asistentes médicas. Otros estudios de sangre son mandados a un laboratorio fuera de la oficina. Usualmente estos son hechos por un flebotomista que es empleado por el laboratorio. En ciertas circunstancias su seguro médico requiere que use un laboratorio específico. Si su seguro médico requiere esto favor de dejarnos saber durante su cita.

**Laboratorios Ordenados Por Otros Especialistas:** Como una conveniencia para nuestros pacientes sacaremos laboratorios que han sido ordenados por su especialista. Favor de traer la orden del especialista que incluye los laboratorios y los códigos diagnósticos para poder hacer los estudios correctos que ellos piden.

**Exámenes Físicos:** Creemos que un examen físico anual de rutina con exámenes preventivos es muy importante para mantener buena salud. Pero beneficios de seguro pueden variar. Algunos tienen este beneficio y otros no. Por favor infórmese con su seguro médico que beneficios tiene antes de venir a su cita.

**Preguntas médicas:** Nuestra oficina tiene un Portal para Paciente que le permite comunicarse con nuestra oficina directamente. Este servicio es seguro y privado para usted. Usted puede mandar mensaje electrónico para pedir renovación de su medicina, le permite ver resultados de sus laboratorios, puede pedir citas y también hacer pagos a su cuenta. Puede mandar mensajes directamente a su doctora. Les recomendamos mucho que usen este servicio. Para usar este servicio por favor de llamar a nuestra oficina al (847) 426-9396 para recibir una invitación a través de su correo electrónico y luego visite nuestra página [www.foxvalleycare.com](http://www.foxvalleycare.com) y escoja el link de Patient Portal.

**Resultados de exámenes:** Si usted se ha hecho un examen diagnóstico como una mamografía, ultrasonido, etc., y son normales, usted recibirá sus resultados a través de una llamada automatizada. Para resultados que son anormal o requieren cita, nuestra oficina se comunicará con usted dentro de 7 a 10 días. Si usted no ha recibido llamada de nuestra oficina durante este tiempo, llámenos por favor.

**Prescripciones médicas y renovación de medicina:** El mejor tiempo de pedir renovación de su medicina es durante su cita. Si usted necesita que su medicina sea surtida otra vez no se espere hasta que se le halla terminado. Para poder ser renovada otra vez su medicina necesita autorización de su doctora. Si su doctora no está en la oficina cuando llame puede ser que la medicina no sea autorizada hasta el próximo día de negocios. Algunas medicinas pueden tener efectos secundarios que necesitan ser monitoreados. Exigimos que venga a citas cada 3 a 4 meses para estas medicinas. Por favor de mantener estas citas importantes.

**Referencias:** Referencias médicas son manejadas por nuestro departamento de referencias. Algunas veces podemos dar una referencia el mismo día de su cita y a veces puede tomar de 5 a 7 días dependiendo en su seguro médico o la urgencia de la referencia. Alguien de nuestra oficina se comunicará con usted cuando la autorización de la referencia esté lista. Cuando reciba esta referencia tendrá toda la información que necesita llevar con usted para la cita con el especialista.

**Despedida:** Si usted ha sido despedido de nuestra oficina ya no puede hacer citas con ninguna de nuestras doctoras, pedirnos recetas de medicina o tener esta Fox Valley Care Center como su hogar médico. Usted tendrá que buscar otro doctor en otra oficina.

- Razones por ser despedido de nuestra oficina:
- Faltar a citas frecuentemente, especialmente sin aviso
- No cumplir con las recomendaciones de su doctora que pueden traer consecuencias graves
- Ser abusivos con nuestros empleados
- No pagar su cuenta médico

**Procedimiento de despedida:** Mandaremos una carta a la última dirección que tenemos en su expediente a través de correo certificado y correo regular notificándole que usted va ser despedido. Si usted tiene una emergencia médica durante 30 días de recibir esta carta lo atenderemos con cita en la oficina. Después de eso usted tendrá que buscar un doctor nuevo. Enviaremos una copia de su expediente médico a su nuevo doctor después que nos deja saber quién es y ha firmado una forma de liberación médica.



FOX VALLEY  
CARE CENTER

## Aviso de Prácticas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.**

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor comuníquese con la Dra. Carmen Fotso, 151 Dundee Ave Suite C, East Dundee, IL 60118.

### **QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO**

Este aviso describe las prácticas de privacidad de nuestra práctica y las de:

Cualquier médico o profesional de la salud autorizado a ingresar información en su expediente médico.

Todos los departamentos y unidades de la práctica.

Todos los empleados, funcionarios y personal de oficina.

Todas estas personas, sitios y lugares cumplen con los términos de este aviso. Además, estas personas, sitios y lugares pueden compartir información médica entre sí o con terceros especialistas para el tratamiento, pago u operaciones administrativas fines descritos en este aviso.

### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA**

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

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

Estamos obligados por ley a:

Asegurar que la información médica que lo identifica se mantenga privada;

Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica acerca de usted, y

Cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigor.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA.**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que usamos y revelamos información médica. No todos los usos o revelaciones en una categoría se encuentran en la lista. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y revelar información caen dentro de una de las categorías.

**Para el tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos.

Podemos revelar información médica acerca de usted a personal de la oficina de la práctica que están involucrados en el cuidado de usted en la oficina o en otro lugar. También podemos revelar información médica acerca de usted a personas fuera de nuestra oficina que puedan estar involucrados en su cuidado después de salir de la oficina, tales como los miembros de la familia u otros que usamos para proveer servicios que son parte de su cuidado, siempre que haya dado su consentimiento a tal divulgación. Estas entidades incluyen terceras partes médicos, hospitales, hogares de ancianos, farmacias y laboratorios clínicos con los que la Oficina consulta hace referencias.

**Para el pago.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en nuestra oficina puede ser facturado y el pago se puede cobrar a usted, una compañía de seguros, o un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información acerca de los procedimientos que ha recibido en la oficina para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted por los servicios. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Para Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para operaciones de la oficina médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para dirigir nuestra oficina y asegúrese de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar información médica de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer la oficina, qué servicios no son necesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar información a nuestros médicos, empleados y demás personal de oficina para fines de revisión y aprendizaje.

**Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en la oficina.

**Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

**Salud-Beneficios y servicios relacionados.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle acerca de la salud relacionados con los beneficios o servicios que puedan ser de su interés.

**Las personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica, siempre y cuando haya dado su consentimiento a dicha revelación. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar por su cuidado. Además, podemos divulgar información médica acerca de usted a una entidad asistiendo en un esfuerzo de alivio de desastre para que su familia pueda notificada sobre su condición, estado y ubicación.

**Según lo requiera la ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando sea requerido por las leyes federales, estatales o locales.

**Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

#### **SITUACIONES ESPECIALES**

**Actividades de supervisión médica.** Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar información médica acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información médica acerca de usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la petición o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información médica si nos lo pide un oficial de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- O sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal; Acerca de conducta criminal en la oficina, y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos revelar información médica a un médico forense examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes del consultorio a directores de funerarias según sea necesario para el desempeño de sus funciones.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

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

**Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Para inspeccionar y copiar información médica que puede ser usada para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito a Fox Valley Care Center Medical Dept. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos negar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas.

**Derecho a enmendar.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, su petición debe hacerse por escrito y presentarse a Fox Valley Care Center. Además, usted debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar su petición si usted nos pide enmendar información que:

- no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información médica mantenida por o para nuestra oficina;
- Es exacta y completa.
- No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o

**Derecho a una contabilidad de divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica acerca de usted.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a Fox Valley Care Center. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser superior a los 6 años y no puede incluir fechas antes del 01/01/2010. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos del costo implicado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costo alguno.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un familiar un amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que usted tuvo.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito a [insertar información]. En su solicitud, usted debe decirnos (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted solamente en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito a Fox Valley Care Center. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

**Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha acordado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso.

Para obtener una copia en papel de este aviso, envíe su solicitud a Fox Valley Care Center. 151 Dundee Avenue, Suite C, East Dundee, IL 60118.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado para la información médica que ya tenemos sobre usted así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en la oficina. El aviso contendrá en la primera página, en la parte superior derecha de la esquina, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre, le ofreceremos una copia del aviso actual en vigencia.

#### **QUEJAS**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con la oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, póngase en contacto con la Dra. Carmen Fotso, 151 Dundee Avenue, Suite C, East Dundee, IL 60118. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado o represalias en su contra por presentar una queja.

#### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

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