

Formulario para Pacientes Nuevos

PATIENT INTAKE FORM

- **Por favor llénelo antes de su cita.** Su información es confidencial y está protegida (HIPAA).
- **Si no sabe una respuesta, déjela en blanco.** El personal de la clínica le ayudará.
- Marque con una ☒ en el cuadro ☐ lo que corresponda.
- Escriba las fechas en orden **mes/día/año**. (Ejemplo: 03/15/1950)

1. Información del paciente Patient Information

Apellido(s)

Last Name

Nombre

First Name

Fecha de hoy

Date of Visit

Fecha de nacimiento
(mes/día/año)

Date of Birth

Sexo

Sex

☐

Hombre

☐

Mujer

☐

Otro

Idioma principal

Primary Language

Teléfono

Phone

Domicilio

Home Address

Ciudad

City

Estado

State

Código postal

ZIP

Correo electrónico

Email

Empleador
(empresa)

Employer

Ocupación /
trabajo

Occupation

Contacto de emergencia
(nombre)

Emergency Contact

Parentesco

Relationship

Teléfono de emergencia

Phone

Otro teléfono

Phone (Alt)

2. Información del seguro médico Insurance Information

 Si le muestra su tarjeta del seguro al personal, ellos pueden llenar esta parte por usted.

Compañía de seguro

Primary Health Plan

Número de miembro
(ID)

Member ID #

Nombre en la tarjeta del
seguro

Subscriber Name

Número del titular

Subscriber ID #

Número de grupo

Group #

Relación con el titular

Relationship to Subscriber

Segundo seguro (solo si tiene) Secondary Insurance (if applicable)

Compañía de seguro

2nd Health Plan

Número de miembro
(ID)

Member ID #

Nombre en la tarjeta del
seguro

Subscriber Name

Número de grupo

Group #

3. Médico de cabecera (su doctor regular) Primary Care Physician

Nombre del médico

Physician Name

Teléfono

Phone

Dirección del
médico

Physician Address

¿Está bajo el cuidado de un médico
ahora?

Currently under a physician's care?

☐

No

☐

Sí

Si dice sí, ¿para
qué?

If yes, for what condition(s)?

4. Revisión de seguridad (muy importante) Safety Screening

Marque TODO lo que se aplique a usted.

- ☐ Marcapasos
 ☐ Bomba de insulina
☐ Estimulador de médula espinal u otro aparato eléctrico en el cuerpo
 ☐ Convulsiones / epilepsia
☐ Problema de sangrado (ej.: hemofilia)
 ☐ Toma medicina para adelgazar la sangre (anticoagulantes)
☐ Válvulas del corazón dañadas o alto riesgo de infección
 ☐ Ninguno
☐ Embarazada → _____ semanas / ¿La atiende un médico? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Qué le molesta? (evaluación del dolor) Chief Complaint & Pain Assessment

Escriba por qué viene hoy, empezando por lo más importante. El primer síntoma es obligatorio; el segundo y el tercero solo si tiene otro problema.

Cómo medir su dolor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = nada de dolor				5 = dolor moderado			10 = el peor dolor posible			

	Primer síntoma (obligatorio)	Segundo síntoma (si tiene)	Tercer síntoma (si tiene)
¿Qué le duele o le molesta? <small>Main symptom(s) / condition</small>			
¿Desde cuándo? (mes/día/año) <small>When did it start? (MM/DD/YYYY)</small>			
¿Cómo empezó? <small>How did it happen?</small>			
¿Se lastimó en el trabajo? <small>Related to a work injury?</small>	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Dolor hoy (0 a 10) <small>Pain level today (0–10)</small>			
¿Cuánto afecta su vida diaria? (0 a 10) <small>Interference with daily activities (0–10)</small>			
¿Qué tan seguido le duele? <small>How often do you feel this pain?</small>	☐ A veces (0–25%) ☐ Casi la mitad (26–50%) ☐ Seguido (51–75%) ☐ Casi siempre (76–100%)	☐ A veces (0–25%) ☐ Casi la mitad (26–50%) ☐ Seguido (51–75%) ☐ Casi siempre (76–100%)	☐ A veces (0–25%) ☐ Casi la mitad (26–50%) ☐ Seguido (51–75%) ☐ Casi siempre (76–100%)
Tratamientos anteriores para esto <small>Previous treatments for this condition</small>	☐ Acupuntura ☐ Quiropráctico ☐ Terapia física ☐ Inyección ☐ Cirugía ☐ Medicinas ☐ Masaje ☐ Otro	☐ Acupuntura ☐ Quiropráctico ☐ Terapia física ☐ Inyección ☐ Cirugía ☐ Medicinas ☐ Masaje ☐ Otro	☐ Acupuntura ☐ Quiropráctico ☐ Terapia física ☐ Inyección ☐ Cirugía ☐ Medicinas ☐ Masaje ☐ Otro
¿Cómo le fue con ese tratamiento? <small>Progress from previous treatment</small>	☐ Peor ☐ Igual Mejoró: ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%	☐ Peor ☐ Igual Mejoró: ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%	☐ Peor ☐ Igual Mejoró: ☐ 0–25% ☐ 26–50% ☐ 51–75% ☐ 76–100%
¿Qué quiere lograr con el tratamiento? <small>Goals for acupuncture treatment</small>			
¿Cómo sabrá que está mejorando? <small>How will you track progress?</small>			

Ejemplos: "Dormir toda la noche" · "Caminar alrededor de la cuadra" · "Pasar el día sin medicinas" · "Volver a trabajar" · "Caminar 30 min al día" · "Cocinar sin dolor"

6. Historial médico Medical History

Marque las enfermedades que le han diagnosticado o tratado. ☐ Ninguna

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Presión alta | ☐ Enfermedad del corazón / infarto | ☐ Colesterol alto | ☐ Derrame cerebral |
| ☐ Diabetes | ☐ Neumonía | ☐ Asma | ☐ Artritis reumatoide |
| ☐ Gota | ☐ Reflujo ácido / úlceras | ☐ Coágulos de sangre (antes) | ☐ Problema de sangrado / coagulación |
| ☐ Hepatitis | ☐ Enfermedad del hígado | ☐ Enfermedad de los riñones | ☐ Enfermedad de la tiroides |
| ☐ Enfermedad neurológica | ☐ Tuberculosis | ☐ Osteoporosis | ☐ Palpitaciones |
| ☐ Úlcera péptica | ☐ Problemas de próstata | ☐ Convulsiones | ☐ Mareos |
| ☐ Hospitalización (motivo): _____ | | ☐ Cirugía (tipo): _____ | |
| ☐ Cáncer (tipo): _____ | | ☐ Otro: _____ | |

7. Medicinas, alergias y familia Medications, Allergies & Family History

Escriba las medicinas que toma ahora. (Si trae sus frascos, el personal le ayuda) ☐ Ninguna

Medicina	Dosis	Medicina	Dosis
Medication	Dose	Medication	Dose
Medicina	Dosis	Medicina	Dosis
Medication	Dose	Medication	Dose
Medicina	Dosis	Medicina	Dosis
Medication	Dose	Medication	Dose

Vitaminas / hierbas / suplementos

Supplements / herbs

Alergias (medicinas / comida / otras)

Allergies

☐ Ninguna

Historial familiar (padres, hermanos, hijos) Family History

☐ Ninguna

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Enfermedad del corazón | ☐ Artritis | ☐ Lupus / autoinmune | ☐ Presión alta |
| ☐ Diabetes | ☐ Cáncer: _____ | ☐ Otro: _____ | |

8. Síntomas actuales y estilo de vida Current Symptoms & Lifestyle

Marque todo lo que tiene actualmente.

- | | | | | |
|-----------------------------|--|---|--|--|
| General | ☐ Bajó o subió de peso sin razón | ☐ Fiebre / escalofríos | ☐ Cansancio constante | ☐ Bolitas en el seno |
| Corazón | ☐ Dolor de pecho | ☐ Latidos irregulares | ☐ Soplo en el corazón | ☐ Hinchazón de piernas / tobillos |
| Músculos y huesos | ☐ Artritis | ☐ Osteoporosis | ☐ Fracturas antes | ☐ Debilidad muscular |
| Digestión | ☐ Acidez / reflujo | ☐ Estreñimiento | ☐ Diarrea | ☐ Náusea / vómito |
| Nervios | ☐ Problemas de equilibrio | ☐ Mareo / vértigo | ☐ Dolor de cabeza / migraña | ☐ Debilidad |
| | ☐ Adormecimiento | ☐ Convulsiones | | |
| Respiración | ☐ Falta de aire | ☐ Apnea del sueño | ☐ Asma / EPOC | ☐ Tos que no se quita |
| Salud mental | ☐ Depresión | ☐ Ansiedad | ☐ Estrés postraumático (PTSD) | ☐ Insomnio |
| | ☐ Ve a un profesional de salud mental | | | |
| Orina / reproductivo | ☐ Dolor al orinar | ☐ Infección urinaria | ☐ Orina muy seguido | ☐ Menstruación irregular |

Estilo de vida

Tabaco: ☐ Nunca ☐ Antes ☐ Ahora **Alcohol:** ☐ No ☐ Sí **Café / cafeína:** ☐ No ☐ Sí

Drogas recreativas: ☐ No ☐ Sí **Vasos de agua al día:** _____ **Horas de sueño:** _____

Su salud en general: ☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

¿Cómo nos conoció? ☐ Internet ☐ Amigo / familia ☐ Su médico ☐ Seguro médico ☐ Otro: _____

9. Declaración del paciente Patient Certification

Declaro que la información anterior es completa y correcta, según mi leal saber. Entiendo que si la información de mi seguro no es correcta, o si no tengo derecho a recibir beneficios de salud por medio de este profesional, yo seré responsable de pagar todos los servicios recibidos. Me comprometo a avisar de inmediato a este profesional cuando cambie mi estado de salud o mi seguro médico. Entiendo que mi profesional puede necesitar comunicarse con mi médico de cabecera si mi condición debe manejarse en conjunto; por eso, autorizo a mi profesional a comunicarse con mi médico si es necesario. Autorizo que se entregue a mi(s) compañía(s) de seguro la información obtenida durante mi tratamiento, cuando sea necesario para el pago de beneficios.

10. Consentimiento para el tratamiento Informed Consent for Treatment

En palabras sencillas: los tratamientos (agujas, ventosas, hierbas, etc.) **pueden causar efectos como moretones, dolor leve o mareo.** Lea lo siguiente y haga sus preguntas antes de firmar. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento.

Los tratamientos en esta clínica pueden incluir acupuntura, medicina herbal, ventosas (incluso con fuego), moxibustión, masaje Tui-Na, gua sha, terapia infrarroja y otras terapias de la Medicina Tradicional de Asia Oriental. Estas terapias pueden ser muy eficaces, pero como cualquier tratamiento de salud, tienen posibles riesgos.

A. Acupuntura — posibles efectos secundarios

- Puede sentir sueño o mareo, sobre todo después de la primera sesión. **No maneje ni use maquinaria pesada** si se siente afectado.
- Puede haber un poco de sangrado o moretones donde se pusieron las agujas; normalmente se quitan solos en pocos días.
- Es común sentir dolor leve en esas áreas por 24 a 48 horas; es una reacción normal.
- En menos del 3% de los pacientes, los síntomas empeoran por 1–2 días antes de mejorar. Avísenos si dura más de 2 días o es fuerte.
- **Puede desmayarse** si está nervioso, con hambre o cansado. Coma algo ligero antes de venir y avise si se siente mal.
- Las infecciones son extremadamente raras. Siempre usamos agujas estériles, empaquetadas y de un solo uso.
- Es muy raro que una aguja se rompa. No se mueva mientras tenga las agujas puestas.

B. Ventosas — posibles efectos secundarios

- Los moretones redondos o cambios de color son normales y esperados; se quitan en 3 a 10 días.
- Rara vez, las ventosas con fuego pueden irritar la piel o causar ampollas; vigilamos su piel todo el tiempo.
- Puede sentir dolor leve en esas áreas por 1–2 días.

C. Hierbas y suplementos — posibles efectos secundarios

- Algunas hierbas pueden interactuar con medicinas como anticoagulantes, medicinas del corazón y de la diabetes. **Díganos TODAS las medicinas y suplementos que toma.**
- Algunas hierbas no se deben usar durante el embarazo, la lactancia o con enfermedad del hígado o de los riñones. Díganos cómo está su salud.
- Las reacciones alérgicas no son comunes, pero pueden pasar. Díganos todas sus alergias.
- Los suplementos herbales no están regulados por la FDA como las medicinas con receta. Solo usamos productos de calidad de proveedores confiables.

D. Información importante que debe decirnos

- Si ha tenido convulsiones, desmayos o sensaciones extrañas después de un tratamiento.
- Aparatos eléctricos en el cuerpo (marcapasos, estimulador espinal, implante coclear, bomba de insulina): la estimulación eléctrica puede no ser segura.
- Si está o puede estar embarazada, o si busca embarazarse (hay puntos que no se usan en el embarazo).
- Problemas de sangrado (hemofilia, von Willebrand) o si le salen moretones muy fácilmente.
- Si toma anticoagulantes o aspirina diaria: warfarina, heparina, Eliquis, Xarelto, Plavix, etc.
- Válvulas del corazón dañadas, endocarditis antes, o defensas bajas por cualquier causa.
- Alergia a metales (níquel, acero inoxidable) o a adhesivos, cintas, aceites o lociones.
- Cualquier cambio o síntoma nuevo entre sus citas.

E. Consentimiento y acuerdo de pago

He leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento para evaluación y tratamiento en Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic. Entiendo los posibles beneficios y riesgos, y que no todas las complicaciones se pueden prever o evitar. Puedo rechazar o retirar mi consentimiento en cualquier momento sin penalidad. Entiendo que **las ventosas NO están cubiertas por los planes de ASH** y acepto pagar \$_____ de mi bolsillo si las niegan. Acepto pagar los copagos de Medi-Cal al momento del servicio. Entiendo que mis expedientes son confidenciales y no se darán sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley lo exija. Confirmando que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA) de la clínica. Este consentimiento cubre todo mi tratamiento, a menos que lo cancele por escrito.

Reglas de citas

Para cancelar o cambiar una cita, avise **por lo menos 4 horas antes**. Si cancela tarde o no viene, se cobra **\$70.00** (no se cobra al seguro; debe pagarse antes de la siguiente visita). Si pasa varias veces, la clínica puede dejar de atenderle. Si va a llegar más de 15 minutos tarde, llame antes para confirmar si todavía le pueden atender.

He leído y acepto las secciones 9 (Declaración del paciente) y 10 (Consentimiento y reglas de citas).

Firma del paciente Patient Signature

Fecha Date

Revisado por (Reviewed by): _____ Fecha _____

11. Acuerdo de arbitraje (Arbitration Agreement) Arbitration Agreement

En palabras sencillas: si hay un desacuerdo sobre su tratamiento, **lo decidirá un árbitro neutral en lugar de un juez o jurado.** Puede **cancelar este acuerdo por escrito dentro de 30 días** después de firmarlo. Si tiene preguntas, hágalas antes de firmar.

AVISO AL PACIENTE: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER ASUNTO DE NEGLIGENCIA MÉDICA SEA DECIDIDO POR ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO CON JURADO O ANTE UN TRIBUNAL. LEA ESTE ACUERDO CON CUIDADO ANTES DE FIRMAR.

Artículo 1 — Acuerdo de arbitraje

Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, sobre si algún servicio médico prestado bajo este contrato fue innecesario, no autorizado, o prestado de forma indebida, negligente o incompetente, se resolverá mediante arbitraje según la ley de California, y no mediante una demanda o un proceso judicial, excepto en la medida en que las leyes de California y federales permiten la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Al firmar este contrato, ambas partes renuncian a su derecho constitucional a que dicha disputa se decida en un tribunal ante un jurado, y en su lugar aceptan el arbitraje.

Artículo 2 — Todos los reclamos deben ir a arbitraje

También se entiende que cualquier disputa que no esté relacionada con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si un asunto debe o no ir a arbitraje, también se resolverá mediante arbitraje obligatorio. La intención de las partes es que este acuerdo obligue a todas las partes en todos los reclamos, incluidos los que surjan o se relacionen con el tratamiento o los servicios del profesional de salud, incluidos los herederos y el cónyuge o cónyuges pasados, presentes o futuros del paciente, en todos los reclamos, incluida la pérdida de consorcio.

Este acuerdo también obliga a los hijos del paciente, ya nacidos o no nacidos al momento del hecho que dé lugar al reclamo. También obliga al paciente y al profesional de salud y/o a otros profesionales de salud con licencia o internos en formación que ahora o en el futuro traten al paciente mientras trabajen, estén asociados o sustituyan al profesional de salud, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina del profesional o en cualquier otra, hayan firmado o no este formulario.

Todos los reclamos por daños monetarios que superen el límite de la corte de reclamos menores contra el profesional de salud y/o sus asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio deben ir a arbitraje, incluidos, entre otros, reclamos por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional, medidas cautelares o daños punitivos.

Artículo 3 — Procedimiento y ley aplicable

La solicitud de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte elegirá un árbitro (árbitro de parte) dentro de treinta (30) días, y los árbitros elegidos seleccionarán un tercer árbitro (árbitro neutral) dentro de los treinta (30) días siguientes. El árbitro neutral será el único árbitro y decidirá el caso. Cada parte pagará su parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral y de los demás gastos del arbitraje aprobados por él, sin incluir honorarios de abogados, de testigos u otros gastos que cada parte haga en su propio beneficio.

Cualquiera de las partes tiene el derecho absoluto de pedir por escrito al árbitro neutral que se separen los temas de responsabilidad y de daños. Las partes aceptan que se incorpore a este arbitraje a cualquier persona o entidad que sería parte adicional apropiada en un juicio; en ese caso, cualquier demanda judicial existente contra esas personas o entidades se suspenderá hasta que termine el arbitraje.

Las partes acuerdan que se aplicará la Ley de Reforma de Compensación por Lesiones Médicas de California (MICRA), incluidos, entre otros: el derecho a presentar como prueba cualquier cantidad pagadera como beneficio al paciente según lo permita la ley (Código Civil §3333.1); el límite a la compensación por pérdidas no económicas (Código Civil §3333.2); y el derecho a que una sentencia por daños futuros se pague en pagos periódicos (Código de Procedimiento Civil §667.7). Las partes también acuerdan que el arbitraje se registrará por las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje (AAA).

Artículo 4 — Disposiciones generales

Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas se resolverán en un solo arbitraje. Un reclamo se considerará renunciado y quedará prohibido para siempre si (1) en la fecha en que se recibe el aviso, el reclamo estaría prescrito por la ley aplicable si se presentara en un juicio civil; o (2) quien reclama no continúa el arbitraje con diligencia razonable según los procedimientos aquí indicados. Nada en este acuerdo impide que cualquiera de las partes pida a un tribunal competente una medida cautelar de emergencia para evitar un daño irreparable mientras se resuelve el arbitraje.

Artículo 5 — Cancelación

Este acuerdo puede cancelarse con un aviso por escrito entregado al profesional de salud dentro de los treinta (30) días después de firmarlo. Si no se cancela en ese plazo, se aplicará a todos los servicios profesionales que reciba el paciente y a todas las demás disputas entre las partes. La cancelación debe ser por escrito, firmada por el paciente y entregada por correo certificado o en persona en la dirección de la clínica que aparece en este formulario. No se aceptará una cancelación verbal.

Artículo 6 — Efecto retroactivo

Si el paciente desea que este acuerdo cubra servicios recibidos antes de la fecha de firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia antes de llenar este formulario), debe escribir sus iniciales aquí: _____. Si lo hace, este acuerdo tendrá efecto desde la fecha del primer servicio profesional. Si alguna parte de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o no aplicable, las demás partes seguirán en pleno vigor y no se verán afectadas.

HE LEÍDO Y ENTIENDO EL ACUERDO DE ARBITRAJE ANTERIOR Y ACEPTO SUS TÉRMINOS.

Firma del paciente Patient Signature

Fecha Date

12. Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) Notice of Privacy Practices (HIPAA)

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ELLA. LÉALO CON CUIDADO. ESTE AVISO ES REQUERIDO POR HIPAA, 45 C.F.R. § 164.520.

Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic se compromete a proteger su Información de Salud Protegida (PHI): cualquier información sobre su salud, tratamiento o pagos que le identifique o pueda identificarle. Este aviso explica cómo podemos usar y compartir su PHI y cuáles son sus derechos.

I. Usos permitidos sin su autorización por escrito

- **Tratamiento:** para darle, coordinar o manejar su atención, incluso compartir información con otros proveedores (ej.: su médico, especialista, terapeuta físico), y para enviarle recordatorios de citas.
- **Pago:** para cobrar los servicios, incluso enviar reclamos al seguro, verificar su cobertura, pedir autorizaciones y cobrar servicios que su plan no cubre.
- **Operaciones de la clínica:** revisión de calidad, credenciales, capacitación, planificación, licencias y trabajo administrativo.
- **Cuando la ley lo exige:** según leyes federales, estatales o locales, incluso para autoridades, reportes obligatorios de enfermedades, salud pública, auditorías y órdenes judiciales.
- **Compensación al trabajador:** para cumplir las leyes de compensación laboral, sobre todo en lesiones o enfermedades del trabajo.
- **Amenazas graves a la salud o seguridad:** para evitar un peligro grave e inmediato para usted, otra persona o el público, y solo a quien pueda evitarlo.

II. Usos que requieren su autorización por escrito

Cualquier uso no descrito en este aviso requiere su autorización por escrito, incluidos la mayoría de usos de mercadeo, la venta de su PHI y compartir notas de psicoterapia. Puede cancelar su autorización por escrito en cualquier momento; la cancelación no afecta lo que ya se hizo con base en ella.

III. Sus derechos

- **Pedir límites:** puede pedirnos que limitemos el uso de su PHI. Si pagó un servicio completo de su bolsillo, respetaremos su pedido de no informar a su seguro (Ley HITECH). Debe pedirlo por escrito.
- **Comunicación confidencial:** puede pedir que le contactemos de cierta forma o en cierto lugar (ej.: solo por correo, un teléfono específico). Aceptamos pedidos razonables por escrito.
- **Ver y copiar:** tiene derecho a ver y recibir copias de su PHI. Pídalo por escrito; puede haber un costo razonable. En casos limitados podemos negarlo, pero puede pedir una revisión.
- **Corregir:** si cree que su PHI está incorrecta o incompleta, pida la corrección por escrito con su razón. Podemos negarla si no la creamos nosotros, no está en nuestros registros o ya es correcta. Respondemos en 60 días.
- **Lista de divulgaciones:** puede pedir una lista de ciertas divulgaciones de los últimos seis años (sin incluir tratamiento, pago y operaciones). La primera cada 12 meses es gratis; las demás pueden tener costo.
- **Copia en papel de este aviso:** disponible cuando la pida, aunque haya aceptado recibirlo por vía electrónica.
- **No recibir solicitudes de donaciones:** puede pedirlo por escrito en cualquier momento. Su atención no cambiará.

IV. Nuestras responsabilidades

La ley nos exige: (1) mantener la privacidad y seguridad de su PHI; (2) darle este aviso; (3) avisarle pronto si hay una violación de PHI no protegida, según 45 C.F.R. §§ 164.400–414; y (4) cumplir los términos actuales de este aviso. Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad según la ley; los cambios aplican a toda la PHI que tenemos y se publicarán en la clínica y estarán disponibles si los pide.

V. Quejas

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante esta clínica o ante la Oficina de Derechos Civiles del HHS: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints o 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). No habrá represalias por presentar una queja, y nunca se le pedirá renunciar a sus derechos de privacidad para recibir tratamiento.

VI. Información de contacto

Yohan Ko, L.Ac. (Oficial de Privacidad) | Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic
222 N. Mountain Ave, Suite 102A, Upland, CA 91786 | (909) 272-5819 | Fax (909) 550-1579 | info@buenasalud.day

Confirmando que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA).

Firma del paciente Patient Signature

Fecha Date