



ORTHOPAEDIC SURGERY
and SPORTS MEDICINE

Seguro secundario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Grupo: _____

Abonado _____ Empleador: _____

Fecha de la lesión o aparición del problema: _____

¿Fue la lesión el resultado de un accidente automovilístico? Sí _____ No _____

¿Lesionado en el trabajo? Sí _____ No _____ No estoy seguro _____

Referido por: _____

Atención primaria/médico de familia: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, notificar

Dirección _____ Teléfonomi _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO & ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:

El abajo firmante autoriza el tratamiento por parte de los proveedores en este centro. También autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con todos los reclamos de beneficios presentados en mi nombre y/o mis dependientes. Además, acepto y reconozco expresamente que mi firma en este documento autoriza al médico a presentar reclamos por beneficios, por servicios prestados o por servicios que se brindarán, sin obtener mi firma en todos y cada uno de los reclamos que se presentarán para mí y/o mis dependientes. , y que estaré obligado por esta firma como si el abajo firmante hubiera firmado personalmente el reclamo en particular.

yo, _____ por la presente autorizar
(Nombre del asegurado)

mi compañía de seguros registrada pague y asigne directamente al médico tratante en este centro todos los beneficios, si los hubiere, pagaderos a mí por sus servicios como se describe en los formularios adjuntos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos. Además, reconozco que cualquier beneficio del seguro, cuando lo reciba y se le pague al proveedor, se acreditará en mi cuenta, de acuerdo con la asignación mencionada anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ # de Cuenta: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Raza: _____

PROBLEMA (queja principal): _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____

Médico Primario: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Historia médica pasada:

Enumere todas las cirugías y hospitalizaciones, incluidas las fechas. También de enumerar cualquier Alergia.

1	6.
2	7.
3	8.
4	9.
5.	
¿Fumas? Si o No	¿Bebes alcohol? Si o No
# de años fumando? Si renunció, ¿cuándo?	¿Cantidad por día? ¿Cantidad por semana?

¿Alguna vez ha tenido lo siguiente?: Encierre en un círculo o marque si es así

SIDA	Enfisema	Insuficiencia cardiaca	Convulsiones
Asma	Epilepsia	Hepatitis	Carrera
Cáncer	Diabetes mellitus	VIH	Tuberculosis
Enfermedad de la arteria coronaria	Ataque al corazón	Hipertensión	Úlceras pépticas

MEDICAMENTOS ACTUALES: Lista todos los medicamentos recetados actuales.

Medicamento	Dosis	Tomado con qué frecuencia	Medicamento	Dosis	Tomado con qué frecuencia
1.					
2.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Enumere todos los medicamentos de venta libre actuales, hierbas, vitaminas, minerales dietéticos (suplementos nutricionales)

Medicamento	Dosis	Tomado con qué frecuencia	Medicamento	Dosis	Tomado con qué frecuencia



ORTHOPAEDIC SURGERY
and SPORTS MEDICINE

**SÍNTOMAS
CONSTITUCIONALES**

- ___ Buena salud general últimamente
- ___ Cambio de peso reciente
- ___ Fiebre
- ___ Fatiga
- ___ dolores de cabeza
- ___ Escalofríos

OJOS

- ___ Enfermedad o lesión ocular
- ___ Usar anteojos/lentes de contacto
- ___ Visión borrosa o doble
- ___ Glaucoma
- ___ Ceguera temporal

RESPIRATORIO

- ___ Tos crónica o frecuente
- ___ Escupir sangre
- ___ Dificultad para respirar
- ___ Asma o sibilancias

PSIQUIÁTRICO

- ___ Pérdida de memoria o confusión
- ___ nerviosismo
- ___ Depresión
- ___ Insomnio

ENDOCRINO

- ___ Problema glandular u hormonal
- ___ Enfermedad de tiroides
- ___ Diabetes
- ___ Sed o micción excesiva
- ___ Intolerancia al calor o al frío
- ___ La piel se vuelve más seca
- ___ Cambio de talla de gorro o guante

CARDIOVASCULAR

- ___ Problemas del corazón
- ___ Dolor de pecho o angina de pecho
- ___ palpitaciones
- ___ Dificultad para respirar al caminar o acostarse
- ___ Hinchazón de pies, tobillos o manos

GASTROINTESTINAL

- ___ Pérdida de apetito
- ___ Cambio en las deposiciones
- ___ Náuseas o vómitos
- ___ Diarrea frecuente
- ___ Evacuaciones dolorosas o estreñimiento
- ___ Sangrado rectal o sangre en las heces
- ___ Dolor abdominal o acidez estomacal
- ___ Úlcera péptica (estómago o duodenal)

**INTEGUMENTARIO
(PIEL/MAMA)**

- ___ Sarpullido o picazón
- ___ Cambio en el color de la piel
- ___ Cambio en el cabello o las uñas
- ___ Venas varicosas
- ___ Dolor en los senos
- ___ Bulto en el pecho
- ___ Secreción mamaria

NEUROLÓGICO

- ___ Dolores de cabeza frecuentes o recurrentes
- ___ Aturdido o mareado
- ___ Convulsiones o ataques
- ___ Temblores
- ___ Parálisis
- ___ Carrera
- ___ Lesión craneal

**HEMATOLÓGICO/
LINFÁTICO**

- ___ Lento para sanar después de cortes
- ___ Tendencia a sangrar o magullarse
- ___ Anemia
- ___ Flebitis
- ___ Transfusión anterior
- ___ Glándulas agrandadas
- ___ Anemia falciforme
- ___ Sangrado libre

MUSCULOESQUELÉTICO

- ___ Dolor en las articulaciones
- ___ Rigidez o hinchazón de las articulaciones
- ___ Debilidad de músculos o articulaciones
- ___ Dolor o calambres musculares
- ___ Dolor de espalda
- ___ Extremidades frías
- ___ Dificultad para caminar

OÍDO/NARIZ/BOCA/GARGANTA

- ___ Pérdida de audición o zumbido en los oídos
- ___ Problema sinusal crónico o rinitis
- ___ hemorragias nasales
- ___ Úlceras de boca
- ___ Sangrado de las encías
- ___ Mal aliento o mal gusto
- ___ Dolor de garganta o cambio de voz
- ___ Glándulas inflamadas en el cuello

GENITOURINARIO

- ___ Micción frecuente
- ___ Ardor o dolor al orinar
- ___ Sangre en la orina
- ___ Cambio en la fuerza del chorro al orinar
- ___ Incontinencia o goteo
- ___ Dolor testicular masculino
- ___ Mujer-dolor con períodos
- ___ Femenino-menstruaciones irregulares
- Mujer- # de embarazos _____
- Mujer- # de abortos espontáneos _____
- _____
- Mujer- Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



POLÍTICAS DE LA OFICINA

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES QUE HA LEÍDO Y COMPRENDIDO CADA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN.

_____ SU COPAGO SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. Los cargos no cubiertos por su seguro son su responsabilidad.

_____ Si tiene un deducible que aún no se ha alcanzado, cobraremos el 25% de los cargos adeudados el día del servicio y le facturaremos el saldo después de que su seguro haya procesado su reclamo.

_____ Es su responsabilidad notificar a la recepcionista de cualquier cambio en su cobertura de seguro, empleador, dirección, números de teléfono u otra información que pueda afectar su visita a esta oficina.

_____ Si su cobertura de seguro requiere una remisión o autorización, debe tener esto con usted en el momento de su cita.

_____ Esta oficina acepta EFECTIVO, VISA y MASTERCARD. No aceptamos cheques.

_____ Las radiografías deben devolverse después de que el médico haya visto la película o el CD. Todas las radiografías que se dejen en esta oficina serán destruidas si se dejan aquí por más de 30 días.

_____ Debido a la naturaleza de la ortopedia, nuestros médicos pueden ser llamados a cirugía o tener pacientes de emergencia que necesitan tiempo adicional. Es posible que el médico no pueda verlo a la hora de su cita programada.

Si es así, agradecemos su comprensión y paciencia. Valoramos la importancia de su tiempo también, y en caso de que su médico se retrase, reprogramaremos su cita si no puede esperar.

_____ Si no puede asistir a su cita programada, comuníquese con nuestra oficina con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar.

_____ Entiendo que la telemedicina es el uso de información electrónica y tecnología de videoconferencia por parte de un proveedor de atención médica para brindar servicios a una persona cuando se encuentra en un sitio diferente al del proveedor; y por la presente doy mi consentimiento para que los proveedores de Cirugía Ortopédica y Medicina Deportiva me brinden servicios de atención médica a través de la telemedicina.

_____ Autorizo a los empleados y médicos de Orthopaedic Surgery and Sports Medicine Associates a tomar fotografías, videos, crear archivos electrónicos u otros tipos de producciones de medios que capturen mi nombre, voz y/o imagen para ser utilizados por Orthopaedic Surgery and Sports Medicine Associates con el propósito de sitios web y redes sociales.

SÍ _____ NO _____



POR FAVOR PONGA SUS INICIALES QUE HA SIDO INFORMADO DE LAS POLÍTICAS DE LA OFICINA A CONTINUACIÓN.

____Según lo exige la ley, brindamos a nuestros pacientes acceso a sus registros médicos electrónicos a través del software del portal de la oficina: sistemas clínicos Prime. Si bien esta plataforma cumple con HIPAA, nuestra oficina no es responsable de ninguna violación de la confidencialidad.

____Debido a los aumentos de costos, se le cobrará lo siguiente por completar los formularios:

- FORMULARIO DE DISCAPACIDAD INICIAL \$25.00
- (Los formularios continuos en el mismo reclamo costarán \$10 cada uno)
- EXTENSIÓN EDD EN LÍNEA \$10.00
- EXTENSIÓN DE PAPEL EDD \$25.00
- EXTENSIÓN EDD PRIVADA \$25.00
- (Aflac, FMLA, etc.-cada formulario)

- COPIAR REGISTROS:
 - 1-10 PÁGINAS \$10.00
 - 11-25 PÁGINAS \$15.00
 - 26 MÁS PÁGINAS \$25.00

- COPIAR RAYOS X (por disco) \$25.00

____Permita un mínimo de CINCO DÍAS HÁBILES para completar y la firma del médico en los formularios de discapacidad, copias de registros y copias de radiografías.

RECETA DE RECETA:

POR FAVOR LLAME A SU FARMACIA CON AL MENOS 48 HORAS DE ANTELACIÓN PARA RECARGAS; LAS SOLICITUDES LLAMADAS EN VIERNES NO SE RESPONDERÁN ANTES DEL FIN DE SEMANA.

Las recetas que deban surtirse a través de esta oficina también necesitan un mínimo de 48 horas de anticipación.

Fecha de firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____



Radiografía Paciente Formulario de consentimiento

Consentimiento del paciente para rayos X

Autorizo la realización de exámenes de rayos X de diagnóstico que se consideren necesarios o aconsejables en el curso de mi evaluación y tratamiento en esta oficina

Fecha de firma: _____

Si El paciente es un menor

yo Soy el padre o representante legal de _____ quien es menor de edad. yo autorizar la realización de las radiografías diagnósticas de este menor que se consideren necesarias para su evaluación o tratamiento.

Fecha de firma: _____

Mujeres: Sobre la posibilidad de embarazo

Esto es un certificado que, según mi leal saber y entender, no estoy embarazada, me han informado que ciertas radiografías y exámenes, particularmente los que involucran la pelvis, pueden ser peligrosos para el feto.

Fecha de firma: _____



Autorización para divulgar registros médicos

Los registros médicos de esta oficina no se divulgarán a ninguna persona.o instalación sin su autorización por escrito. Anote a continuación todos los destinatarios autorizados, incluidos otros médicos y consultorios médicos:

Nombre/Nombre de la instalación Dirección

Nombre/Nombre de la instalación Dirección

Nombre/Nombre de la instalación Dirección

Fecha de firma: _____
(firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad)

Cirugía ortopédica y medicina deportiva **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSALO CON CUIDADO.

Nuestro deber de salvaguardar su información médica protegida.

Entendemos que la información médica sobre usted es personal y confidencial. Tenga la seguridad de que estamos comprometidos a proteger esa información. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de información de salud protegida y para proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este Aviso, y nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso, haciendo cualquier revisión aplicable a toda la información de salud protegida que mantenemos. Si revisamos los términos de este Aviso, publicaremos un aviso revisado y haremos copias impresas y electrónicas de este Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida disponibles a pedido. Estamos obligados por ley a notificarle en caso de una violación de su información de salud protegida.

En general, cuando divulgamos su información personal, debemos divulgar solo la información necesaria para lograr el propósito del uso o divulgación. Sin embargo, toda su información de salud personal que usted designe estará disponible para su divulgación si firma un formulario de autorización, si solicita la información para usted mismo, a un proveedor con respecto a su tratamiento, o por un requerimiento legal. No utilizaremos ni venderemos su información personal con fines de marketing sin su autorización por escrito.

II. Cómo Podemos usar y divulgar su información médica protegida.

Para usos y divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, no necesitamos una autorización para usar y divulgar su información médica:

Para tratamiento: Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, y otro personal de atención médica que participa en la prestación de su atención médica. Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, su médico puede estar brindando tratamiento para una afección médica y necesita comunicarse con otro de sus médicos para asegurarse de que no tenga ningún otro problema de salud que pueda interferir. El médico puede usar su historial médico para determinar qué método de tratamiento (como un medicamento o una cirugía) es mejor para usted. Su información médica también puede ser compartida entre los miembros de su equipo de tratamiento, o via su(s) farmacéutico(s).

Para obtener el pago: Podemos usar y/o divulgar su información médica para facturar y cobrar el pago de sus servicios de atención médica o para obtener permiso para un plan de tratamiento anticipado. Por ejemplo, Para que Medicare o una compañía de seguros pague por su tratamiento, debemos presentar una factura que lo identifique a usted, su diagnóstico y los servicios que se le brindaron. Como resultado, pasaremos este tipo de información de salud a una aseguradora para ayudar a recibir el pago de sus facturas médicas.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar y/o divulgar su información médica en el curso de la operación de nuestra práctica. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar la calidad de los servicios prestados o divulgar su información médica a nuestro contador o abogado para fines de auditoría.

Además, a menos que se oponga, podemos usar su información de salud para enviarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Por ejemplo, podemos revisar su expediente médico para determinar la fecha y la hora de su próxima cita con nosotros. .y

luego enviarle un recordatorio para ayudarlo a recordar la cita. O, podemos mirar su medical información y decidir que otro tratamiento o un nuevo servicio que ofrecemos puede interesarle.

Además, es posible que deseemos utilizar la información que se encuentra en su expediente médico, como su nombre, dirección y número de teléfono para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos. Por ejemplo, para brindar más atención de caridad o mejorar la salud de su comunidad, es posible que deseemos recaudar dinero adicional y, por lo tanto, podemos comunicarnos con usted para solicitar una donación. Tiene derecho a optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento.

También podemos usar y/o divulgar su información médica de acuerdo con las leyes federales y estatales para los siguientes propósitos:

- Es posible que divulguemos su información médica a las fuerzas del orden público u otras funciones gubernamentales especializadas en respuesta a una orden judicial, citación, mandato judicial, citación o proceso similar.
- Podemos divulgar información médica cuando una ley requiera que informemos información sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, o en relación con sospechas de actividades delictivas, o en respuesta a una orden judicial. También debemos divulgar información médica a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.
- Podemos divulgar información médica cuando se nos requiera recopilar información sobre enfermedades, o lesión, o para reportar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública. También podemos divulgar información médica a la agencia de protección y defensa u otra agencia responsable de monitorear el sistema de atención médica para fines tales como informar o investigar incidentes inusuales.
- Podemos divulgar información médica relacionada con la muerte de una persona a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, ya organizaciones de obtención de órganos en relación con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
- En ciertas circunstancias, podemos divulgar información médica para ayudar a médicos/psiquiátricos a investigar.
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, podemos divulgar información médica a las fuerzas del orden u otras personas que razonablemente puedan prevenir o disminuir la amenaza de daño, o para ayudar con la coordinación de los esfuerzos de socorro en casos de desastre.
- Si personas como familiares, parientes o amigos personales cercanos están involucrados en su atención o lo ayudan a pagar sus facturas médicas, podemos divulgar información médica importante sobre usted a esas personas. También podemos compartir información médica con estas personas para notificarles sobre su ubicación, estado general o muerte.
- Podemos divulgar su información médica según lo autorice la ley en relación con la compensación del trabajador o programas similares.
- Podemos divulgar su información médica en el curso de ciertos procedimientos judiciales o administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica que no estén cubiertos por este aviso (por ejemplo, con fines de marketing) o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si otorga permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

Enfermo. Su Derechos con respecto a su información médica.

Usted tiene varios derechos con respecto a su información de salud. Si desea ejercer cualquiera de estos derechos, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad. En concreto, tienes los siguientes derechos:

- Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos o divulgamos su información médica. Por ejemplo, para los servicios que solicita que no se presente un reclamo de seguro y por los cuales paga de forma privada, tiene derecho a restringir las divulgaciones de estos servicios por los cuales pagó de su bolsillo. Tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por un medio alternativo. Consideraremos su solicitud, pero no están legalmente obligados a aceptar la restricción. Aceptaremos su solicitud siempre que nos resulte razonablemente fácil hacerlo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito a Orthopaedic Surgery and Sports Medicine, Attn: Office Administrator. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.
- Con algunas excepciones (como notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos judiciales), tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida si presenta su solicitud por escrito. Si denegamos su acceso, le daremos por escrito los motivos de la denegación y le explicaremos cualquier derecho a que se revise la denegación. Podemos cobrarle una tarifa razonable si desea una copia de su información de salud. Tiene derecho a elegir qué partes de su información desea que se copien y a tener información previa sobre el costo de la copia.
- Si cree que hay un error o falta información en nuestro registro de su información médica, puede solicitar que corrijamos o agreguemos al registro. Su solicitud debe ser por escrito y dar una razón de por qué se debe cambiar su información de salud. Cualquier denegación indicará los motivos de la denegación y explicará sus derechos para que la solicitud y la denegación, junto con cualquier declaración en respuesta que proporcione, se adjunten a su información médica. Si aprobamos la solicitud de modificación, modificaremos la información médica y le informaremos.
- En algunas circunstancias limitadas, tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que hemos realizado durante los seis años anteriores. La lista no incluirá divulgaciones hechas a usted; para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, para las cuales firmó una autorización o por otras razones por las cuales no estamos obligados a mantener un registro de divulgaciones. No habrá ningún cargo por hasta una lista de este tipo cada año. Puede haber un cargo por solicitudes más frecuentes.
- Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso y/o una copia electrónica de nuestro sitio web. Si ha recibido una copia electrónica, le proporcionaremos una copia impresa del Aviso si lo solicita.

IV. Preguntas y Quejas:

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, lo alentamos a que se comunique con nosotros.

Si cree que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, lo alentamos a que hable o escriba a nuestro Oficial de Privacidad. También puede presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en la oficina de la Región IV de la Oficina de Derechos Civiles. Le proporcionaremos la dirección postal a su solicitud.

No tomaremos ninguna medida de represalia en su contra si presenta alguna queja, ya sea ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud.

Si tiene preguntas sobre este Aviso o cualquier queja sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de privacidad, ya sea por teléfono o por escrito a:

Jennifer Nelson
40949 Winchester Rd. Temecula, CA. 92591
951-296-6676

v. **Fecha efectiva:** Este Aviso entró en vigencia el **04-01-2014**



AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social#: _____

Al firmar este formulario, reconoce que le hemos proporcionado nuestro Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo se puede manejar su información de salud en diversas situaciones, incluido su tratamiento, el pago de su factura y nuestras operaciones de atención médica. Si su primera fecha de servicio con nosotros se debió a una emergencia, intentaremos proporcionarle nuestro Aviso y obtener su acuse de recibo por escrito del Aviso tan pronto como podamos una vez que haya pasado la emergencia.

yo haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (fecha de vigencia)

Firma del Paciente (o Representante Legal))

Fecha

Relación del Representante Legal

Sólo para uso de oficina

Debe completarse solo si el Acuse de recibo no está firmado.

¿Se entregó al paciente una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad? Sí No

Explique por qué el paciente no pudo firmar este Reconocimiento y nuestros esfuerzos para tratar de obtener la firma del paciente:

Nombre/Título

Fecha

Consentimiento de intercambio de información de salud

Esta práctica participa en un intercambio electrónico de información de salud (HIE) con otros proveedores de atención médica y hospitales locales. Con tu permiso, nuestra participación en el HIE proporciona el método electrónico para que divulguemos nuestra información médica confidencial sobre usted a otros participantes que lo están tratando y solicitan su información. Su participación en el HIE es voluntaria y su recibo de tratamiento o pago por tratamiento no estará condicionado a que firme o no este formulario.

El propósito de este consentimiento es obtener su permiso para compartir un resumen limitado de su registro de salud. El resumen limitado de su expediente médico incluirá (según corresponda) los siguientes componentes:

- Su nombre
- Información demográfica (idioma preferido, sexo, raza, etnia y fecha de nacimiento)
- Detalles del garante
- Detalles del seguro
- Nombre del proveedor e información de contacto del consultorio
- Fecha y lugar de su visita
- Diagnósticos
- vacunas
- Resultados de las pruebas de laboratorio
- Signos vitales (altura, peso, presión arterial e IMC)
- Tabaquismo
- Estado funcional, cognitivo y de discapacidad
- Objetivos e instrucciones del plan de atención
- Razón para referir
- Lista de problemas actuales
- Lista de medicamentos actual
- Lista actual de alergias a medicamentos
- Queja principal/motivo de la visita
- Citas futuras
- Encuentros
- Procedimientos
- miembros del equipo de atención

La información de salud que se compartirá a través del HIE incluirá información anterior y posterior a la fecha de hoy.

Los proveedores de atención médica que reciben información médica sobre usted a través del HIE pueden copiar o incluir esa información en sus propios registros médicos cuando lo atienden. Si cancela este consentimiento, dicha cancelación tendrá efecto sobre la información de salud ya accedida y copiada.

Su información de salud es privada y confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales. Estas leyes se conocen comúnmente como HIPAA y 42 CFR Parte 2. Todos los participantes de HIE han firmado acuerdos que prometen proteger su información según lo exigen estas leyes.

Tiene derecho a solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.

- **NO doy mi permiso para permitir que mi proveedor de atención médica comparta mi información de salud con otros proveedores y hospitales locales.**
- **Doy mi permiso para permitir que mi proveedor de atención médica comparta mi información de salud con otros proveedores y los hospitales locales.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Cuenta del paciente: _____

Registro en el portal del paciente en línea Instrucciones

www.osasm.com

Esto le proporcionará instrucciones paso a paso sobre cómo acceder al portal en línea por primera vez. El portal en línea se puede utilizar para acceder a nuestra documentación de nuevos pacientes, acceder a sus registros médicos, solicitar citas y editar su información de contacto o de seguro.

Pronto recibirá un correo electrónico invitándolo a unirse a nuestro portal para pacientes. Habrá un enlace en el correo electrónico para que haga clic. Ese enlace lo llevará a la página de inicio de sesión.

- Haga clic en "Crear nueva cuenta".
- Seleccione el tipo de usuario: "como paciente", haga clic en "continuar".
- Ingrese la dirección de correo electrónico que proporcionó a nuestra oficina y luego ingrese su número de cuenta de paciente como se indica arriba. - Completar la información básica solicitada. Haga clic en "Continuar".
- Cree una contraseña y acepte los "Términos y condiciones", haga clic en "enviar".

¡Felicitaciones, ahora es miembro de nuestro portal para pacientes en línea! Recuerde marcar el sitio web mencionado anteriormente para facilitar el acceso. Solo necesitará su dirección de correo electrónico y contraseña para todos los inicios de sesión futuros. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a la oficina y hablar con uno de nuestros empleados.

Sinceramente,

Personal de Cirugía Ortopédica y Medicina Deportiva