



Suncare Therapy, Inc.

Clinical Services Group

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Zip Code: _____ Telefono: _____ Cell: _____
Donde Trabaja? _____ Posicion: _____
Address: _____ Ciudad/ ST/ Zip: _____
Numero de Seguro Social: _____ Sexo: M F Estado Civil: C S V
Correo electronico E-MAil: _____
A quien podemos llamar en caso de emergencia?

Relacion al Paciente: _____ Telefono: _____
Como supo de Nosotros?
Antiguo Paciente Amigo Doctor Internet Compañia de Seguro
Other
Nombre del Doctor que lo refirio? _____

INFORMACION DEL SEGURO

Compañia de Seguro Primaria: _____
ID #: _____ # de grupo: _____ Tel: _____

Compañia de seguro secundaria: _____
ID #: _____ # de grupo: _____ Tel: _____

Su accidente es de trabajo? Si NO Fecha del accidente:

Su accidente es de auto? Si NO Fecha del accidente:

Usted tiene representacion de un Abogado? SI NO

Nombre, telefono y direccion del abogado: _____

Firma del paciente: _____ Date: _____

Yo certifico que la informacion aqui proveida esta correcta a mi entender.

**SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE DE ACUERDO A LAS LEYES DE HIPAA
AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA INFORMACIÓN MEDICA**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y SER DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REPÁSELO POR FAVOR CUIDADOSAMENTE.

INTRODUCCIÓN:

En SUNCARE PHYSICAL THERAPY, Inc. estamos confiados a tratar y en usar la información protegida de la salud sobre usted responsablemente. Este aviso de las prácticas de la información de la salud describe la información personal que recogemos, y cómo y cuándo utilizamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información protegida de la salud. Este aviso es efectivo el 1 de Agosto de 2007, y se aplica a toda la información protegida de la salud según lo definido por regulaciones federales.

ENTENDER SU EXPEDIENTE DE SALUD : Cada vez que usted es visitado por un especialista de la salud de nuestra agencia su visita se anota. Este expediente contiene típicamente sus síntomas, los resultados de la examinación y de las pruebas, los diagnósticos, tratamiento, y un plan para el cuidado o el tratamiento futuro. Esta información, designada de su salud o expediente médico, sirve como:

- Base para planear su cuidado y tratamiento.
- Medios de la comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado.
- Documento jurídico que describe el cuidado que usted recibió.
- Medios por los cuales usted o un pagador de tercera persona puede verificar que los servicios mandados en la cuenta fueran proporcionados realmente.
- Una herramienta para educar a profesionales de salud.
- Una fuente de datos para investigación médica.
- Una fuente de información para los funcionarios de la salud pública a cargo de mejorar la salud de este estado y de la nación.
- Una fuente de datos para nuestro planeamiento y comercialización.
- Una herramienta con la cual poder determinar y tratar de mejorar continuamente el cuidado que rendimos y el resultado que alcanzamos.

Entendiendo que información está en su expediente y cómo su información de la salud es usada les ayude a usted para asegurarse de su exactitud, y este enterado de quién, cuando, donde y porqué se hace acceso su información de la salud, y decisiones más informadas al autorizar acceso a otros.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE LA SALUD:

Aunque su expediente medico es propiedad de SUNCARE PHYSICAL THERAPY, la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de este aviso de la practicas de información de la salud.
- Examinar y copiar su expediente medico como lo estipula la ley 45CFR 164.524
- Rectificar su expediente medico como lo estipula la ley 45 CFR 164.528
- Obtener una contabilidad de accesos de su expediente medico como lo estipula la ley 45 CFR 165.528
- Ser avisado sobre cualquier pedido de información de la salud por medios alternativos o en localizaciones alternativas.
- Solicitar una restricción en ciertos usos y accesos de su información como lo estipula la ley 45 CFR 164.522
- Revocar su autorización de utilizar o de divulgar su expediente medico, con la excepción de que ya se halla tomado dicha acción.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES: SUNCARE PHYSICAL THERAPY esta obligado a:

- Mantener su expediente medico en privado.
- Proveerle de usted este aviso en cuanto a nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que obtenemos y mantenemos sobre usted.
- Adherirnos a los términos de este aviso.
- Notificarle a usted si no podemos cumplir con una restricción solicitada.
- Acomodarnos a las peticiones razonables que usted tenga en referencia a su expediente medico por medios alternativos o en las localizaciones alternativas.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer las nuevas provisiones eficaces para toda la información protegida de la salud que mantenemos. Si nuestras prácticas de la información cambian, enviaremos un aviso revisado a la dirección que usted nos ha proveído, o si usted prefiere le enviaremos un correo electrónico (E-mail).

No utilizaremos o divulgaremos su información médica sin su autorización, a menos que como hemos descrito en este aviso, no divulgaremos su información médica después de que hayamos recibido una revocación escrita de la autorización según los procedimientos incluidos en la autorización.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARE REPORTAR UN PROBLEMA: Si usted tiene preguntas y quisiera información adicional, usted puede entrar en contacto con el director de privacidad de SUNCARE PHYSICAL THERAPY, INC. **ASTRID ARRIETA** al **305-231-5266**

Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted puede dirigir una queja al director de privacidad de SUNCARE PHYSICAL THERAPY, INC o a la oficina para los derechos civiles de los Estados Unidos. Departamento de los servicios de salud y humanos. No habrá ninguna represalia por hacer una queja con el director de privacidad o la oficina para los derechos civiles. La dirección para el OCR es la siguiente:

OFICINA PARA LOS DERECHOS CIVILES

LOS EE.UU. DEPARTAMENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y HUMANOS

2000 INDEPENDENCE AVENUE S.W. ROOM 509F, EDIFICIO HHH WASHINGTON, DC 20201

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y DE LAS RESPONSABILIDADES DE ACUERDO A HIPAA:

YO RECONOZCO Y ENTIENDO EL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA INFORMACIÓN MEDICA QUE HE RECIBIDO DE AMERICAN HOME HEALTH AGENCY, INC. INCLUYENDO LA INFORMACIÓN SOBRE COMO ENTENDER MI EXPEDIENTE MEDICO E INFORMACIÓN, MIS DERECHOS SOBRE ESTA INFORMACION Y OTRAS RESPONSABILIDADES. HE LEÍDO LA DECLARACIÓN DADA A MÍ Y LA ENTIENDO TOTALMENTE.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE