

Bienvenido a Coon Joint Replacement Institute

Gracias por ponerse en contacto con nuestra clínica

Le esperamos a su cita el ____ / ____ / ____ a ____ AM / PM con _____

Horario de la clínica	El personal contesta los teléfonos de lunes a Jueves 8:00 am – 5:00 pm. Programar una cita con antelación es recomendable ya que puede ser posible que no podamos atender las solicitudes “sin-cita.” Si usted tiene una emergencia médica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
Cancelaciones de citas	Si no puede mantener su cita, por favor háganoslo saber al menos 24 horas de antelación. Citas repetidas “no presente” pueden resultar en citas retardadas y dado de alta de la practica.
Información del paciente	Su nombre, dirección actual, número de teléfono y seguro de salud será verificada en cada visita.
Información del seguro	Favor de traer su información de seguro de salud, junto con su tarjeta (s) de seguro de salud cuando venga a su cita. Co-pagos y deducibles son parte del contrato entre usted y su compañía de seguros y, por lo tanto, debe ser pagado en el momento del servicio.
Los pacientes pagan privadas	Pago total por los servicios prestados será obtenido de pacientes de pago privados en el momento del servicio, menos un 50% de descuento. Por favor hablar con el gerente de la Práctica antes de su cita si arreglos alternativos de pago deben ser discutidos.
Datos de facturación	Estamos encantados de cobrar a su compañía de seguros por los servicios prestados por nuestra práctica. Por favor, tenga en cuenta, sin embargo, que es posible que también se le facturará por separado por los médicos del hospital y / o de la especialidad para los servicios de diagnóstico, tales como la patología, radiología, etc.
Registros médicos	Para compilar un registro completo de salud y brindarle la mejor atención posible, por favor, háganos saber si hay registros médicos debemos solicitar a otra fuente.
Los medicamentos	Siempre lleve consigo una lista de sus medicamentos (o las botellas originales), incluyendo la dosis y el nombre del médico que prescribe las citas. Siempre que sea posible, solicite la prescripción de rellenar en la consulta. Recargas serán procesadas durante el horario normal de lunes a viernes solamente. Por favor, permitir uno o dos días hábiles para renovaciones de medicamentos de rutina. Para recargas entre las visitas al consultorio, pregunte a su farmacéutico para enviar una solicitud.
Idiomas extranjeros	Si tiene dificultades para entender Inglés, por favor notifique a personal de la clínica antes de su cita.

Gracias por elegirnos para sus necesidades de atención médica!

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



(Por favor entregue su tarjeta del seguro a la recepcionista).

*** Indica información obligatoria que tiene que ser proporcionada por el paciente**

DATOS DEL PACIENTE				
*Apellido:	*Primer nombre:	2° nombre:	Sufijo:	Nombre preferido:
*Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	*Fecha de nacimiento: / /	Idioma preferido:		Raza:
<u>Identidad de género</u> (marque una): Prefiero no divulgar / Femenina / FTM – Transgénero fem. a masc. / Genderqueer / Masculino / MTF – Transgénero masc. a fem. / No binario / Otro		Idioma escrito:		*Grupo étnico:
<u>Estado civil</u> (marque uno): Divorciado/a - Legalmente separado/a - Pareja de hecho - Casado/a - Soltero/a - Desconocido - Viudo/a		Religión:		Condición de estudiante:
Dirección de correo electrónico:		*Seguro Social (SSN): - -		
DIRECCIÓN POSTAL				
*Dirección postal línea 1:			Dirección postal línea 2:	
*País:	*Código postal:	*Ciudad:	*Estado:	*Condado:
DIRECCIÓN RESIDENCIAL (SI ES DISTINTA DE LA DIRECCIÓN POSTAL)				
Dirección residencial línea 1:			Dirección residencial línea 2:	
País:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Condado:
INFORMACIÓN DE CONTACTO				
*Teléfono de la casa: ()	Teléfono celular: ()	Teléfono del trabajo: ()	Ext:	Teléfono preferido: (marque uno) Casa / Celular / Trabajo
EMPLEADOR				
Empleador:				
Dirección del empleador línea 1:			Dirección del empleador línea 2:	
País:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	
Teléfono del empleador: ()			Ext:	Contacto:
<u>Condición laboral:</u> (marque una) Militar en servicio activo / Tiempo completo / Nunca tuvo empleo / Tiempo parcial / Jubilado / Por cuenta propia / Desempleado / No sabe		Ocupación:	Fecha de contratación: / / Fecha de terminación: / / Fecha de jubilación: / /	
PROVEEDOR MÉDICO				
*Médico de cabecera:			Número de teléfono: ()	

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



(Por favor entregue su tarjeta del seguro a la recepcionista).

*** Indica información obligatoria que tiene que ser proporcionada por el paciente**

MY ADVENTIST HEALTH (PORTAL DEL PACIENTE)

Quiero inscribirme en My Adventist Health SÍ NO *Si sí, llene esta sección.

*Dirección de correo electrónico:	*Pregunta de desafío: (marque una) ¿Últimas cuatro cifras de su SSN? ¿En qué año se graduó de la preparatoria? ¿En qué año nació su primer hijo? ¿En qué año nació su madre?	*Respuesta a la pregunta:
-----------------------------------	--	---------------------------

GARANTE

*Apellido:	*Primer nombre:	2º nombre:	Sufijo:	Nombre preferido:
------------	-----------------	------------	---------	-------------------

*Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	*Fecha de nacimiento: / /	*Seguro Social (SSN):
--	---------------------------------	-----------------------

*Dirección postal línea 1:	Dirección postal línea 2:
----------------------------	---------------------------

*País:	*Código postal:	*Ciudad:	*Estado:	*Condado:
--------	-----------------	----------	----------	-----------

*Teléfono de la casa: ()	Teléfono celular: ()	Teléfono del trabajo: () Ext:	*Dirección de correo electrónico:
---------------------------------	-----------------------------	---	-----------------------------------

Empleador del garante:

Dirección del empleador línea 1:	Dirección del empleador línea 2:
----------------------------------	----------------------------------

País:	Código postal:	Ciudad:	Estado:
-------	----------------	---------	---------

Teléfono del empleador:	Extensión:	Contacto:
-------------------------	------------	-----------

Condición laboral (marque una): Militar en servicio activo / Tiempo completo / Nunca tuvo empleo / Tiempo parcial / Jubilado / Por cuenta propia / Desempleado / No sabe	Ocupación:	Fecha de contratación: / / Fecha de terminación: / / Fecha de jubilación: / /
---	------------	---

PARIENTE

Función (marque una): Contacto de emergencia / Tutor / Pariente más cercano / Poder legal	Parentesco (marque uno): Tía / Hermano / Donante de cadáver / Hija / Empleado / Padre / Pareja de hecho / Abuelo mat. / Abuela mat. / Madre / Donante de órgano / Otro / Abuelo pat. / Abuela pat. / Hermana / Hijo / Cónyuge / Tío
--	---

Apellido:	Primer nombre:	2º nombre:	Sufijo:	Nombre preferido:
-----------	----------------	------------	---------	-------------------

Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: / /	Seguro Social (SSN):
---	--------------------------------	----------------------

Dirección línea 1:	Dirección línea 2:
--------------------	--------------------

País:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Condado:
-------	----------------	---------	---------	----------

Teléfono de la casa: ()	Teléfono celular: ()	Teléfono del trabajo: () Ext:	Dirección de correo electrónico:
--------------------------------	-----------------------------	---	----------------------------------

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



(Por favor entregue su tarjeta del seguro a la recepcionista).

*** Indica información obligatoria que tiene que ser proporcionada por el paciente**

SEGURO

¿Esta cita está relacionada con un accidente? Sí No

Nombre del plan de salud **primario**:

Dirección del seguro línea 1:

Dirección del seguro línea 2:

País:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Condado:
-------	----------------	---------	---------	----------

Fecha de comienzo del plan: / /	Fecha de terminación del plan: / /
---------------------------------------	--

Número de miembro:	Número de grupo:	Nombre del grupo:
--------------------	------------------	-------------------

Nombre en la tarjeta del seguro: Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Sufijo:
--	----------------	-----------------	---------

Nombre del plan de salud **secundario** (si corresponde):

Dirección del seguro línea 1:

Dirección del seguro línea 2:

País:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Condado:
-------	----------------	---------	---------	----------

Fecha de comienzo del plan: / /	Fecha de terminación del plan: / /
---------------------------------------	--

Número de miembro:	Número de grupo:	Nombre del grupo:
--------------------	------------------	-------------------

Nombre en la tarjeta del seguro: Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Sufijo:
--	----------------	-----------------	---------

Los datos anteriores son correctos a mi mejor saber y entender. Autorizo el pago de mis beneficios del seguro directamente a mi médico. Comprendo que tengo la responsabilidad de pagar todo el saldo restante. También autorizo a Adventist Health o a mi compañía de seguro que divulgue toda la información necesaria para procesar mis reclamos.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre del tutor (en letra de molde): _____

Para uso de la oficina solamente (Office use only)

Clinic site: _____

NPP given yes No Date: / /

MRN #: _____

Documented in CPM yes No

Label

Medical History

Name _____

Today's Date _____

ENFERMEDADES / PROBLEMAS MÉDICOS QUE HOYA TENIDO **Cheque (✓) todas las que apliquen**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Eccema, Ronchas | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de bejiga/Riñon | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones, Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental/depresion | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado, hepatitis, ictericia |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas/substancias | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Flebitis/ cuagulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Ulceras en el estomago | <input type="checkbox"/> Sangrado incontrolable | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | | <input type="checkbox"/> Si ninguno aplica |

SIRUGÍAS PASADA

_____ Fecha ____/____/____
 _____ Fecha ____/____/____
 _____ Fecha ____/____/____
 _____ Fecha ____/____/____

PAST HOSPITALIZATIONS

_____ Fecha ____/____/____
 _____ Fecha ____/____/____
 _____ Fecha ____/____/____
 _____ Fecha ____/____/____

MEDICACIONES (Incluya dosis y frecuencia)

Necesita rellenarlas hoy? No Si, medicación

ALERGIAS (describa reacciones)

_____ Reacciones _____
 _____ Reacciones _____

HABITOS (Incluya cantidades)

Tabaco?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cantidad? _____	Por cuanto tiempo? _____
Alcohol?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cantidad? _____	Por cuanto tiempo? _____
Cafeína?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cantidad? _____	Por cuanto tiempo? _____

HISTORIA DE FAMILIA

Miembro	Vivo (V)	Difunto (D)	Edad	Enfermedad o causa de muerte
Madre	V	D	_____	_____
Padre	V	D	_____	_____
Hermanos	V	D	_____	_____
Hermanos	V	D	_____	_____

Patient name _____

Medical Records # _____

Date of birth _____

Review of Systems

Nombre _____

Fecha de hoy _____

Check (✓) all that apply

GENERAL

- Fatiga
- Marcado cambio de peso
- Suda durante la noche Fiebre persistente
- Sensibilidad al frío Sensibilidad al calor

PECHO

- Descarga Terrones

SISTEMA RESPIRATORIO CARDIO

- BiPAP
- Espujo con sangre
- Dedos o labios azulados
- Dolor en el pecho o malestar
- Tos, persistente
- CPAP
- Dificultad para respirar mientras está acostado
- Presión arterial alta
- El dolor al respiración Palpitaciones
- Brevedad de aire Apnea del sueño
- Espujo (flema) Hinchazón de los tobillos
- Problema de Vena Le silva el pecho

SISTEMA DIGESTIVO

- Dificultad al tragar
- Abdominal Distress
- Abdominal Enlargement
- Exceso de gas Cambio de apetito
- Constipación Orina oscuro
- Orina Acidez
- Hemorroides Ictericia
- Náuseas Necesidad de Laxantes
- Sangrado rectal Heces negros
- vomitos Vómitos Sangre

OREJAS

- Fluido Pérdida de audición
- Zumbido en los oídos

ENDOCRINO

- Suprarrenal Tratamiento con cortisona
- Diabetes Problema con Tiroides

OJOS

- Visión doble Dolor de ojos
- Lentes o de contacto
- Ojos inflamados Dificultad para ver

SISTEMA GENITOURINARIO

- Proteína en la orina
- Sangre en la orina
- Siente necesidad de orinar sin orina
- Impotencia
- Aumento de frecuencia de orinar (día)
- Aumento de frecuencia de orinar (eve)
- Falta de deseo sexual Dolor o ardor
- Dolor durante el coito
- No puede retener la orina

BOCA

- Sangrado de las encías Problemas dentales
- Dolor en las encías Dolor de lengua

MUSCULOESQUELÉTICO (Marque uno)

Calambres / dolor / rigidez / hinchazón / debilidad

Articulaciones / Músculos

- Derecha Izquierda Ambos
- Se produce cuando descansa
- Se produce después de caminar
- Se produce después de movimiento repetitivo de minutos _____

NARIZ

- Exceso de fluido Resfriados frecuentes
- Pérdida del olfato Sangra de la nariz
- Obstrucción Drenaje de la nariz

SISTEMA NERVIOSO

- Dolores de cabeza Mareos
- Desmayo Convulsiones
- Nerviosismo Depresión
- Cambio en la sensibilidad
- Pérdida de memoria mala coordinación
- Debilidad o parálisis
- Pensamientos suicidas Ansiedad

GINECÓLOGO / OBSTETRA

Comenzó a menstruar a la edad de _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

Días entre períodos

Duración _____ Dias

Fluido: Poco Normal Pesado

Fecha del último período _____

Dolor con los períodos: Si No

Duración _____ Dias

Número de Embarazos _____

Número de Abortos _____

¿A que edad Tubo a su primer hijo? _____

Número de nacimientos _____

Peso de los bebés al nacer _____

PIEL

- Cambio en el cabello
- Cambio en las uñas
- Cambio de color

TRASTOMOS DEL SUEÑO

- Ronquidos Dificultad para respirar
- Somnolencia excesiva
- Pausas en la respiración durante el sueño
- Insomnio
- Falta de sueño

GARGANTA

- Ronquera
- Drenaje retronasal
- Dolor

(✓) Marque aquí si no se aplica ninguno

Reviewed by:

Doctor's initials _____

Date _____



Condiciones de registro

- Consentimiento médico y para procedimientos:** Doy consentimiento a los procedimientos que se puedan realizar durante mi cita clínica. Estos pueden incluir consultas, análisis de sangre no complejos o procedimientos de laboratorio, exámenes con rayos X, enfermería, telemedicina, visitas electrónicas y otros servicios proporcionados bajo la dirección de mi profesional médico. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que mi tratamiento puede conllevar riesgos. Reconozco que no me han dado garantías sobre el resultado de mi examen o tratamiento en esta clínica.
- Divulgación de información:** He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad (NPP, por su sigla en inglés), que describe cuándo la clínica puede usar o divulgar la información sobre mi salud con fines de tratamiento y pago. La NPP se incorpora a estas Condiciones de registro y Acuerdo financiero por referencia. Este aviso solo se proporciona la primera vez que recibo servicios en esta clínica; puedo obtenerlo en cualquier momento bajo pedido. Mis derechos legales relacionados con esta información me permiten presentar una queja si creo que los mismos han sido violados.
- Acuerdo financiero:** Acepto la responsabilidad financiera por todos los servicios recibidos durante mi cuidado. Sé que estos servicios pueden ser ofrecidos tanto en una clínica hospitalaria como en una clínica no hospitalaria, y que debería consultar con mi compañía de seguro de salud sobre cuál de estas dos opciones puede costar menos. Si tengo alguna pregunta ahora o en el futuro, puedo comunicarme con el personal de esta clínica. Acepto pagar con puntualidad todas las facturas por servicios recibidos durante mi cuidado. Si mi factura es remitida a un abogado o agencia para cobranza, pagaré los honorarios correspondientes del abogado y los gastos de cobranza. Todas las cuentas en mora quedan sujetas a interés a la tasa legal. Por la presente autorizo a la clínica y/o a su(s) agente(s) a solicitar información de crédito de varias agencias de informe de crédito para la cobranza de mi cuenta, como la cobranza de cuentas en mora, la evaluación de solicitudes de ayuda económica y mi calificación de crédito.
- Ayuda económica:** He sido informado sobre la política de ayuda económica de Adventist Health. Sé que puedo obtener más información sobre esta política en la(s) área(s) de registro de la institución, el sitio web AdventistHealth.org, llamando al (844) 827-5047, o escribiendo a: Adventist Health ATTN: Financial Assistance PO Box 619122, Roseville, CA 95661.
- Asignación de beneficios de seguro:** Asigno y autorizo el pago directo a la clínica de todos los beneficios del plan de seguro pagaderos por mi cuidado. Con esta autorización, todas las partes acuerdan que el pago a la clínica por parte de la compañía de seguro satisfará las obligaciones de la compañía de seguro con respecto al cuidado que recibí. Comprendo que seré responsable por pagar todos los cargos no cubiertos por dicha asignación.
- Asignación de Medicare:** Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago a una tercera parte, como el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social, es correcta. Solicito que se efectúe el pago de beneficios autorizados en mi nombre, y autorizo a la Oficina de Administración del Seguro Social del Departamento de Salud y Servicios Humanos a divulgar información sobre mi elegibilidad de

cobertura bajo la Parte A y Parte B de Medicare, incluyendo, entre otras, la fecha de vigencia de dicha cobertura. También autorizo a mi(s) médico(s) que divulguen a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías que brinden servicios en su nombre cualquier información necesaria sobre este reclamo de Medicare u otros reclamos asociados.

7. **No discriminación:** He sido informado que la clínica no discrimina debido a edad, raza, origen étnico, color, ancestro, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género. Además, comprendo que las asignaciones de sala se efectúan teniendo en cuenta la orientación de género.
8. **Efectos personales:** Comprendo que soy responsable por todos mis efectos personales. Adventist Health no es responsable por el reemplazo de artículos perdidos o dejados en un lugar equivocado.
9. **Relación legal entre la clínica, los médicos y los profesionales médicos de nivel intermedio:** Los médicos y cirujanos, incluyendo entre otros los médicos de cabecera, otros médicos clínicos, radiólogos, patólogos, especialistas, cirujanos y algunas enfermeras con práctica médica, asistentes médicos y parteras que me brindan servicio NO son empleados de Adventist Health y han recibido el privilegio de usar la clínica para el cuidado y tratamiento de sus pacientes. Estos médicos pueden facturar por sus servicios en forma separada. Comprendo que me encuentro bajo el cuidado y supervisión de mi médico tratante. La clínica y el personal son responsables por poner en práctica sus instrucciones. Mi médico es responsable por obtener mi consentimiento informado, cuando corresponda, para tratamientos médicos específicos, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos especiales, o servicios de la clínica brindados bajo sus instrucciones generales o especiales. Aviso al consumidor: los asistentes médicos son licenciados y regulados por el Comité de Asistentes Médicos (916) 561-8780 www.pac.ca.gov. Los médicos son licenciados y regulados por la Junta Médica de California (800) 633-2322 www.mbc.ca.gov.
10. **Fotografía:** Consiento a que se tomen fotografías, grabaciones, imágenes digitales o de otro tipo y monitorización de vigilancia con fines de diagnóstico, tratamiento o para la operación de la clínica, incluyendo la revisión por pares, educación o programas de capacitación administrados por la clínica. Se solicitará mi consentimiento para fotografías no relacionadas con mi tratamiento, como para comercialización o fines externos.
11. **Consentimiento a llamadas telefónicas para comunicaciones financieras:** Si el número de teléfono que proporcioné al hospital corresponde a un teléfono móvil, consiento por la presente a recibir llamadas autodiscadas y/o pregrabadas, incluyendo llamadas de cobranza de deudas o en nombre del hospital a este número en el curso de las comunicaciones comerciales de rutina.

Acepto la responsabilidad financiera por servicios brindados al paciente y los términos del Acuerdo financiero y la Asignación de beneficios de seguro.

He leído lo anterior, me han dado una copia y soy el paciente O el representante legal del paciente O he sido autorizado por el paciente a firmar en su nombre.

Firma del paciente/representante autorizado (*Patient/Patient Representative Signature*):

X _____

Fecha (*Date*): _____

Hora (*Time*): _____

Nombre en letra de molde (*Printed Name*)

- Soy el paciente
 Soy el representante legal del paciente
 He sido autorizado por el paciente a firmar en su nombre.

Si usted no es el paciente, identifique su relación con el paciente:

- Cónyuge Tutor legal Poder legal para el cuidado de la salud
 Padre o madre Garante Otro (especifique) _____

Firma y cargo del testigo (*Witness Signature and Title*): (necesario para pacientes que no pueden firmar o no tienen un representante)

X _____

Fecha (*Date*): _____

Hora (*Time*): _____

Nombre en letra de molde (*Printed Name*)

Firma del intérprete: _____

Nombre del intérprete, en letra de molde: _____

Idioma usado para traducir el documento: _____

Fecha (*Date*): _____ Hora (*Time*): _____

Authorization to Release Medical Information

Autorización para divulgar información médica a miembros de la familia / amigos / Otros

	Nombre	Relación	Teléfono de contacto
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Directiva anticipada (en archivo de tabla) Poder Duradero (en archivo de tabla)

FECHA _____ HORA _____ Firma _____
(Patient/Parent/Conservator/Guardian)

Si la firma no es el paciente, indique relación _____

TESTIGO _____

Nombre del Paciente _____
 Dirección _____
 Ciudad/Estado/Zip _____

Fecha de Nacimiento _____
 No. SS _____
 Teléfono _____

FAVOR INDICAR UNO:

- Favor de OBTENER información DE
- Favor de ENVIAR mi información médica A

Nombre de médico,
 hospital, u otra entidad _____
 Dirección de calle _____
 Ciudad/Estado/Zip _____
 Teléfono _____
 Fascimile _____

AUTORIZO ENTREGA DE LOS SIGUIENTES ARCHIVOS

PARA FINES DE:

- Atención del paciente
- Personal
- Reclamación de seguros
- Otro _____

Lista de fechas específicas de archivos a emitirse.

Duración: Esta autorización empezará inmediatamente y se quedará vigente por un año a menos que de otro modo especificado sequirá como.

- fecha _____
- acontecimiento _____

Restricciones: Entiendo que la información entregada puede estar sujeta a nuevas entregas por el destinatario y dejar de estar protegida. (Sin embargo, según ley de California, destinatarios de información médica, ya sea que se haya entregado bajo autorización o estipulaciones discrecionales del Código Civil de California #56.10(x), no pueden seguir entregando esa información médica excepto según una nueva autorización o según específicamente lo exija o permita la ley.)

Derechos: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito (ver la página dos de este formulario). Mi revocación tendrá efecto desde el momento de que lo recibamos, pero no puede ni podrá revocarse ninguna revelación ya hecha en base a la presente autorización. Es decir, la revocación rige desde el momento de recibirse la revocación por escrito, y no puede ni podrá afectar revelaciones hechas antes de la revocación.

FECHA _____ HORA _____ FIRMA _____
(Paciente / representante legal)

Si firma persona que no es el/la paciente, indique el parentesco o relación _____

TESTIGO _____

***** **For Office Use Only** *****

Date received _____ Date records sent: _____ Medical record # _____

Notes _____

HIPAA; Aviso de prácticas de privacidad

Proveedor: Coon Joint Replacement Institute

Fecha efectiva: August 27, 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con Coon Joint Replacement Institute.

QUE SEGUIRÁN ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de los proveedores de salud adventista y de:

- Cualquier profesional médico autorizado para entrar información en su expediente médico.
- Todos los departamentos y unidades del sistema de salud.
- Cualquier voluntario en nuestras organizaciones.
- Todos los empleados, personal y otro personal designado (por ejemplo, estudiantes, personal de la Agencia contratada).
- Todos estos proveedores, sitios y ubicaciones de cumplir con los términos de este aviso. Además, estos proveedores, sitios y lugares pueden compartir información médica con el otro para tratamiento, pago o atención médica con fines de las operaciones describen en esta notificación.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger información médica acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que reciba en nuestras instalaciones. Necesitamos este registro para proporcionarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Médicos (personal, consultores y especialistas) involucrado en su cuidado pueden tener diferentes políticas o avisos sobre el doctor uso y divulgación de su información médica creada o mantenida en el consultorio del doctor o una clínica.

Este aviso le dirá sobre las maneras en que podemos usar y revelar información médica sobre usted, por cualquier medio (escrito, oral o electrónico). También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos sobre el uso y divulgación de información médica.

Se nos requiere por ley:

- asegurar que la información médica que lo identifica se mantenga privada
- dar este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; y
- cumplir con los términos de la notificación que está actualmente en efecto.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes maneras que utilizamos y divulgar su información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que significa y tratar de dar algunos ejemplos. No cada uso o

revelación en una categoría será listado. Sin embargo, todas las formas que nos permite usar y revelar información caerá dentro de una de las categorías.

Divulgación conforme a su petición. Podemos divulgar información cuando usted lo solicite. Esta divulgación a petición del cliente puede requerir una autorización escrita por usted.

Para el tratamiento. Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento médico o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención de salud u otro personal de proveedores que participan en el cuidado de usted. Por ejemplo, un doctor tratando por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retardar el proceso de curación. Además, el doctor puede necesitar decirle a un dietista si usted tiene diabetes para que podemos organizar comidas adecuadas. Diferentes departamentos del proveedor también pueden compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que usted necesita, tales como recetas, trabajo de laboratorio y rayos x. Cuando dejas el proveedor, también podemos divulgar información médica sobre usted a personas ajenas al proveedor que puede estar involucrado en su atención médica, tales como instalaciones de enfermería especializada, agencias de salud en el hogar, los cuidadores, clérigos, médicos u otros profesionales. Por ejemplo, nosotros podemos darle el acceso médico a su información de salud para ayudar a su médico a tratarle.

De pago. Podemos usar y revelar información médica sobre usted para que los tratamientos y servicios que usted recibe pueden facturarse a ti y pago se puede recoger de usted, una compañía de seguros o un tercer partido. Por ejemplo, quizá necesitamos dar información acerca de la cirugía que recibió en el proveedor de su plan de salud por lo que se nos paga o reembolsarle la cirugía. También diremos a su plan de salud sobre un tratamiento van a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. También podemos proporcionar información básica sobre usted y su plan de salud, compañía de seguros u otra fuente de pago a los practicantes fuera el proveedor que están involucrados en su cuidado, para ayudarles a obtener el pago por los servicios que proporcionan a usted.

Para operaciones de cuidado de la salud. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de atención médicos. Estos usos y divulgaciones son necesarias para gestionar el proveedor AH y asegúrese de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, nosotros 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 acerca de muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras,

técnicos, estudiantes de medicina y otro personal del proveedor para su revisión y propósitos de aprendizaje.

También podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros proveedores para comparar cómo estamos haciendo y ver donde podemos hacer mejoras en la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la información que le identifique de este conjunto de información médica para que otros pueden usarlo para estudiar entrega atención de salud y cuidada de la salud sin que los pacientes específicos de aprendizaje.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos utilizar información sobre usted, o divulgar dicha información a una Fundación relacionada con el proveedor de AH, comunicarnos con usted en un esfuerzo para recaudar dinero para las operaciones. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Si usted recibe una comunicación de recaudación de fondos, le dirá cómo excluirse.

Directorio de proveedores de. Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de proveedores mientras que usted es un paciente en el hospital de proveedor. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital, su condición general (por ejemplo, bueno, justo, etc.) y su afiliación religiosa. A menos que haya una solicitud escrita específica de por el contrario, esta información del directorio, excepto su afiliación religiosa, también se puede liberar a las personas que te piden por su nombre. Su afiliación religiosa puede ser dada a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino, incluso si no preguntan por usted por su nombre. Esta información es liberada para su familia, amigos y el clero pueda visitarlo mientras que usted es un paciente en el hospital de proveedor y generalmente saber cómo lo está haciendo.

Marketing y venta. Mayoría de usos y divulgaciones de información médica para propósitos de mercadeo y revelaciones que constituyen una venta de información médica, requieren su autorización.

Individuos involucrados en su cuidado. Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado médico. Nosotros también podemos darle información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado. A menos que por el contrario hay una petición por escrito específica de ti, también diremos su familia o amigos su condición y que usted es un paciente en el proveedor de.

Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una organización de asistencia en un esfuerzo de alivio de desastre para que su familia puede ser notificada acerca de su condición, estado y ubicación. Si llegas al Departamento de emergencias del inconsciente o de lo contrario no puede comunicarse, estamos obligados a intentar contactar con alguien que creemos puede hacer decisiones de atención médica para usted (por ejemplo, un miembro de la familia o agente bajo un cuidado de la salud poder notarial).

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar información médica sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento a aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Todos los proyectos de investigación,

sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes para la privacidad de su información médica. Antes de que usemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación de la investigación, pero puede, sin embargo, que divulguemos información médica sobre usted a personas preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que revisan no deja el proveedor.

Como requerido por ley. Divulgaremos información médica sobre usted cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solamente sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, si has estado involucrado en un crimen violento, divulgación puede hacerse a la aplicación de la ley.

SITUACIONES ESPECIALES

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órgano o tejido, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan del trasplante del órgano adquisiciones, órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órgano o tejido y transplante de.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas o de un veterano, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requerido por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información médica acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted para el Department of Veterans Affairs sobre su separación o descarga de servicios militares. Esta divulgación es necesaria para el Departamento de asuntos de veteranos para determinar si usted es elegible para recibir ciertos beneficios.

Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted a los componentes de la Department of Veterans Affairs para determinar si usted es elegible para recibir ciertos beneficios.

Compensación. Podemos divulgar información médica sobre usted para la compensación de trabajadores o programas similares relacionadas con el trabajo, proporcionando beneficios.

Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- informe nacimientos y muertes;
- para reportar el abuso o descuido de niños, ancianos y adultos dependientes;
- a las reacciones de informe a medicamentos o problemas con productos;

- para notificar a las personas de retiradas de productos que puedan estar usando;
- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley;
- para notificar a los empleados de respuesta de emergencia con respecto a la posible exposición al VIH/SIDA, en la medida necesaria para cumplir con las leyes federales y estatales.

Actividades de supervisión de salud. Podemos divulgar 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 el gobierno controlar el sistema de salud, programas de gobierno y cumplimiento de las leyes derechos civiles.

Demandas y disputas. Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa, pero sólo si los esfuerzos han sido hechos para decirle acerca de la petición (que puede incluir aviso por escrito a usted) o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.

Law Enforcement. Podemos divulgar información médica si te lo pidiera por 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;
- Respecto a la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, somos capaces de obtener un acuerdo de la persona;
- Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal;
- Sobre conducta criminal en el proveedor; y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica acerca de pacientes del proveedor a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus deberes

Actividades de inteligencia y seguridad nacional. Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligen-

cia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorización por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros. Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que pueden proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o conducir investigaciones especiales.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional u oficial de la ley. Esta versión sería necesaria (1) de la institución para proporcionarle atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

Equipos de personal multidisciplinario. Podemos divulgar información médica a un equipo de personal multidisciplinario pertinente para la prevención, identificación, gestión o tratamiento de un niño maltratado y los padres del niño, o el maltrato y descuido.

Categorías especiales de información. En algunas circunstancias, su información de salud puede estar sujeto a restricciones que pueden limitar o excluir algunos usos o divulgaciones descrita en esta notificación. Por ejemplo, existen restricciones especiales sobre el uso o divulgación de ciertas categorías de información – por ejemplo, las pruebas para el VIH o el tratamiento de las condiciones de salud mental o abuso de alcohol y drogas. Programas de beneficios de salud gubernamentales, tales como Medi-Cal, también pueden limitar la divulgación de información beneficiario para fines ajenos al programa.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED
Usted tiene los siguientes derechos con respecto a información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su cuidado. Generalmente, esto incluye médicos y registros de facturación, pero podría no incluir alguna información de salud mental.

Para inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, usted debe presentar su solicitud por escrito Coon Joint Replacement Institute. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrar una cuota por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su petición. Podemos negarle su solicitud para inspeccionar y recibir una copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revisen la negación. Otro elegido profesional sanitario con licencia por el proveedor revisará su solicitud y la negación. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su petición. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a enmendar. Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información se mantiene por o para el proveedor.

Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y enviado a Coon Joint Replacement Institute. Además, debe proporcionar una razón que apoye su petición.

Podemos negarle su petición para una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negarle su petición si usted nos pide que enmendemos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o proveedor que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información médica por o para el proveedor;
- No es parte de la información que sería permitido inspeccionar y copiar; o
- Es exacta y completa.

Incluso si le denegamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar un escrito anexo, para no exceder las 250 palabras, con respecto a cualquier elemento o declaración en su expediente que crees es incompleta o incorrecta. Si usted indica claramente por escrito que desea que la adición al hacerse parte de su expediente médico adjuntarlo a su historial médico e incluirlo cuando hacemos una divulgación del elemento o declaración que usted cree que es incompleta o incorrecta.

Derecho a una contabilidad de accesos. Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones." Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica sobre usted que no sean nuestras propias aplicaciones para las operaciones de pago, tratamiento y cuidado de la salud (como esas funciones se describen anteriormente) y con otras excepciones conforme a la ley.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito a Coon Joint Replacement Institute. Su petición debe indicar un período de tiempo que no puede tener más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su petición debe indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, en el papel, electrónicamente). La primera lista que usted pide dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, podemos cargarle los costos de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos de los costos involucrados y usted puede optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de que se incurra en ningún costo.

Además, le notificaremos como requerido por la ley tras una violación de su información médica protegida sin garantía.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite sobre la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no utilicemos o revelemos información sobre una cirugía que tenías.

Estamos no obligados a aceptar su petición, excepto cuando la divulgación sea para un plan de salud o asegurador para fines de operaciones de pago o atención médica si usted, o alguien en su nombre (que no sea el plan de salud o asegurador), ha pagado por el producto o servicio de su bolsillo en su totalidad. Incluso si usted solicita esta restricción especial, nosotros podemos revelar la información a un plan de salud o asegurador para los propósitos del Tratado.

Si estamos de acuerdo a otra restricción especial, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted debe hacer su petición por escrito Coon Joint Replacement Institute. En su petición, debe decirnos (1) Qué información desea limitar; (2) Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién quiere los límites para aplicar, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho a pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que sólo contactaremos en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición por escrito a Coon Joint Replacement Institute. No le pediremos el motivo de su solicitud. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Su petición debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos.

Derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Puede solicitarnos que le dará una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha accedido a recibir esta notificación electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia impresa de esta notificación.

Para obtener una copia en papel de este aviso: Coon Joint Replacement Institute

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado eficaz para la información médica que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en el proveedor. La notificación contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha. Además, cada vez que se registre en o ingresa al proveedor para tratamiento o servicios de atención médica como paciente interno o ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso actual en vigor.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el proveedor o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Para archivar una queja con el proveedor, contacte al oficial de privacidad en Attention: Privacy Officer, Adventist Health Physician Services, 1075 Creekside Ridge Drive Suite 100, Roseville CA 95678. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

Usted no se le penalizará por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizará sólo con su permiso por escrito. Si usted nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, esto detendrá cualquier uso o divulgación de su información médica para los propósitos cubiertos por su autorización escrita, excepto si ya hemos actuado en dependencia de su permiso. Usted entiende que somos incapaces de recuperar ninguna divulgación que ya hemos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que brindamos a usted.

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del "Informe de Normas de Confidencialidad" de Adventist Health Physicians Network. Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" le informa cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Podemos cambiar nuestro "Aviso de prácticas de privacidad." Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe enmendado de este modo: visite nuestra sede en la red (www.sthelenahospitals.org) comuníquese con nuestra organización llamando al número 916-865-1865.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro "Informe de Normas de Confidencialidad," puede comunicarse con: el oficial de privacidad al 916-865-1865.

Acuso el recibo del "Informe de Normas de Confidencialidad" Adventist Health Physicians Network.

FECHA _____ HORA _____ FIRMA _____
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación _____

Nombre en letra de imprenta (representante legal) _____

Office Use Only

Complete only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's Acknowledgment, describe the good faith efforts made to obtain the individual's Acknowledgment, and the reason why the Acknowledgement was not obtained.

Reasons why the acknowledgment was not obtained:

Patient refused to sign this Acknowledgment even though the patient was asked to do so, and the patient was given the Notice of Privacy Practices.

Other _____

DATE _____ TIME _____ SIGNED _____
(Provider Representative)

Print name of Provider Representative _____



Coon Joint Replacement Institute

St. Helena, CA

**ACKNOWLEDGEMENT
OF RECEIPT OF NOTICE
OF PRIVACY PRACTICES**
Spanish

Patient Identification

Client name _____

Medical Record # _____



* 1 3 9 *
Consent / Refusal / Request / Release

MR 4814 3/25/15 spanish