



Bienvenido a MY DR NOW Your "Medical Home"

MY DR NOW es su "Medical Home", donde usted puede ser visto por todas sus necesidades médicas. Usted puede decidir venir sin cita o hacer una cita con anticipación. Nuestra prioridad número uno es proveerle un excelente servicio médico. **El siguiente formulario nos permitirán conocerlo mejor y sol deberá completarlo una vez. Por favor complete los formularios con la información más exacta posible, todos los espacios en blanco indicaran una respuesta negativa. Le pedimos traer su tarjeta de seguro médico y ID cada visita. Muchas gracias por elegir MY DR NOW. Y esperamos servirle pronto.**

Descripción: MY DR NOW es su "medical home". Nos esforzamos en proveer atención médica en el área de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría y Urgent Care. Sin embargo, con algunos planes como HMO and Medicaid(AHCCCS) solo podemos atenderlo si MY DR NOW está asignado como proveedor de cabecera (PCP). En otras palabras, para poder tomar ventaja de todos los servicios que proveemos MY DR NOW debe aparecer como su doctor de cabecera o PCP(Primary Care Physician).

Renovación de prescripciones médicas: Según el Instituto de Medicina los errores entorno a recetas médicas producen 1.5 millones de lesiones y muertes por año. De este número, 400,000 casos de errores en recetas son evitables. Por lo tanto, en orden de evitar errores en prescripciones y proveer una alta calidad de servicios médicos cada renovación de medicamento será tratada al tiempo de la visita con su profesional de la salud; por favor traer todas sus medicinas al tiempo de la visita. Una vez que el problema de salud o enfermedad este bajo control usted puede recibir de 3 a 6 meses de medicación suplementaria. Le pedimos que regrese a la clínica antes que su medicamento se acabe para hacer una evaluación y así poder obtener la renovación de su medicina. Ninguna renovación será aceptada por teléfono o fax. Sin embargo, para su beneficio usted puede acceder nuestro portal del paciente en www.MYDRNOW.com para someter un pedido de renovación de medicamento. Múltiples renovaciones de medicamentos no serán aprobadas a pacientes que son vistos en forma de emergencia, en el urgent care o sin citas como parte del standard de la industria médica. Las renovaciones de antibióticos y narcóticos están completamente prohibidas. Por favor, tener en cuenta que si pierde su receta médica necesitara ser visto nuevamente (incluyendo pacientes sin seguro médico). Además, los profesionales de la salud en MY DR NOW no están disponibles para ver, evaluar, examinar o diagnosticar pacientes que no han sido oficialmente vistos en la clínica.

Medicina Preventiva: Medicina preventiva (como examen fisico, examen de la mujer o chequeo del desarrollo infantil) es parte activa en la prevención de enfermedades. Por lo tanto, como parte de la rigurosidad, de cuidados preventivos, los proveedores en MY DR NOW prefieren evaluar otras enfermedades en la siguiente visita. **Sin embargo, si otro asunto es evaluado afuera del chequeo físico preventivo, el copago aplicable tendrá que ser abonado antes que salga de la clínica. La visita de medicina preventiva es la única excepción de los copagos cuando el objetivo de la visita se adhiere estrictamente a lo preventivo. Por lo tanto no habrá evaluación de aspectos no-preventivos, preguntas, problemas o renovación de medicamento.**

Reglas Básicas de la Visita: Cada visita tiene un compromiso de evaluación por un profesional de la salud. Sin embargo, un visita no garantiza en ninguna manera que la medicación, tratamiento, referido, estudio de diagnóstico, excusa médica, o algún otro pedido hecho por el paciente sea concedido. Por lo tanto, el profesional de la salud tiene la absoluta discreción en considerar que es lo prudente en cada caso y no se considerara ningún pedido de devolución de copago, abono o deducible. MY DR NOW permite la interacción entre proveedores y pacientes; las diferencias, conflictos, oposición, contradicciones, opiniones inexactas o diagnosis no cancelarán los balances pendientes en su cuenta,

Visita Médica: El reporte de la National Academy of Sciences Institute of Medicine establece que errores médicos causan más de 98,000 fatalidades cada año. Nuestro compromiso es brindarle la más alta calidad de cuidados médicos para nuestros pacientes. MY DR NOW ha implementado principios para asegurar un cuidado óptimo. Por lo tanto, los proveedores de MY DR NOW no pueden tratar, evaluar o cambiar un curso de tratamiento de ninguna persona que oficialmente no se ha visto como paciente. Esta norma se extiende a dar consejo médico o cambio de tratamiento por teléfono. Siempre estamos felices en servir nuestros pacientes, si tiene alguna pregunta en referencia a su salud por favor no dude en venir a una visita médica y ser visto para mayor evaluación. La regla de clínica indica que todos los pacientes que visitan MY DR NOW por algún tipo de cuidado de la salud o asistencia es requerido que se tomen los signos vitales al momento de la visita.

Resultados de Laboratorios & Estudios: En orden de minimizar problemas de comunicación de los resultados, todo detalle será analizado durante la visita médica. Resultados específicos de laboratorio no serán discutidos por teléfono. Por lo tanto, si hay algún resultado anormal pedimos a nuestros pacientes asistir a una visita para propia interpretación de los resultados. Entonces, así discutir los resultados anormales y el posible tratamiento con el profesional de la salud. Usted recibirá una llamada de nuestra oficina que proveerá instrucciones para que pueda regresar. Si usted tiene dudas o preguntas de un estudio normal lo invitamos a una cita con su profesional de la salud para que pueda interpretar los resultados y resolver alguna pregunta o duda que usted tenga. Estas visitas tendrán un costo.

Póliza de Cancelación: Como un gesto de cortesía para otros pacientes le pedimos que provea al menos 24 horas de notificación si necesita cancelar o postergar su cita. MY DR NOW reserva el derecho de cobrarle \$25 de multa para todos los pacientes que no cumplan con esta póliza.

Comida & Bebida: El ingreso de comida a la oficina está prohibido, con la única excepción de una botella de agua.

Referidos & Autorizaciones: La industria de cuidados médico estipula que el proceso para referidos y autorizaciones es 14 días laborales. En MY DR NOW luchamos para reducir las normas de la industria en cada aspecto. Por favor, conceda entre 7-14 días para procesar referidos y autorizaciones. Nosotros somos los principales defensores de nuestros pacientes y creemos en atacar el problema de salud o enfermedades agresivamente. Muchas veces el proceso quizás tome más tiempo de lo que nos guste, pero por favor sea paciente mientras trabajamos con su seguro médico para obtener la atención que usted se merece. Además, recuerde que tenemos prohibido completar referidos o autorizaciones sobre enfermedades que usted no ha sido evaluado o visto en MY DR NOW.

Mensajes Telefónicos: Un representante de MY DR NOW lo contactara entre 24-48 horas para asegurar que sus preguntas o dudas han sido respondidas adecuadamente. Promovemos y pedimos a nuestros pacientes expresar sus dudas y sugerencias; también pedimos a nuestros pacientes en contactarnos en cualquier momento si hay preguntas o dudas acerca de su salud. Por favor si usted deja mensaje permita 24-48 horas para que uno de nuestros coordinadores lo contacte. Por favor recuerde que los profesionales de la salud en MY DR NOW no pueden renovar medicación, dar consejo médico o hacer algún cambio de tratamiento médico por teléfono. Por lo tanto, si necesita atender algún problema inmediatamente siéntase libre en visitar una de nuestras clínicas durante horarios de oficina.

Excusas Médicas: Una excusa médica será otorgada por el profesional de la salud en concordancia con la necesidad de esta. Además, si una extensión es necesaria para la excusa médica el paciente necesitara ser re-evaluado con una visita adicional. Por lo tanto, una excusa o extensión no será otorgada sin una evaluación del profesional de la salud con una visita a la clínica

Celular/Otros Accesorios: Por consideración del equipo médico que es usado en la clínica, y otros pacientes, le pedimos que apague su celular o coloque en modo de silencio cuando visita MY DR NOW. **Por favor no conteste o use el celular cuando este en cuarto de observación.** Esto interfiere con la precisión de los electrocardiogramas (EKG) hechos en la oficina. Los pacientes tienen prohibido el uso de algún accesorio de grabación sea audio, video o potos mientras este en la oficina

Tratamiento de Síntomas de Dolor: El dolor es costoso para individuos y la sociedad; un adulto que experimenta dolor pierde un aproximado de 23 días de productividad por año. Además, el dolor puede afectar de manera significativa la calidad de vida de un individuo y causar problemas al dormir, comer, moverse y el estado funcional completo. Millones de Americanos viven hoy con dolor, y el tratamiento del dolor es un parte integral e importante de la medicina. Los profesionales de la salud en MY DR NOW creen que el dolor agudo deber ser tratado apropiadamente. Sin embargo, en orden de que nuestros pacientes reciban el mejor cuidado médico posible, recomendamos a un especialista del dolor para la utilización, evaluación y tratamiento del síntoma de dolor crónico. Otra vez, MY DR NOW no trata síntomas de dolor crónico.

Dolor agudo es definido como un dolor que ha aparecido recientemente, tiene una duración menor de tres meses, y se termina cuando la curación ocurre. **Síntoma del Dolor Crónico** se define al dolor que permanece después de tres meses y se incrementa. Frecuentemente, resistente al tratamiento médico y quizás requiera a constante dosis de medicación para que el paciente se mantenga funcional. Por favor sepa que el protocolo medico establece que después de un cirugía el tratamiento del síntoma de dolor es mejor observado por la oficina del cirujano y no su doctor de cabecera. Algunos de los medicamentos que MY DR NOW no ordenara y no se limita a: Fentanyl, Dilaudid, OxyContin, Oxymorphone, methadone y Suboxone.

Tratamiento de Menores: Se prefiere generalmente que los padres o tutores acompañen al menor durante cualquier visita. Sin embargo, hay excepciones a esta regla. Si la condición médica es crítica el tratamiento no será retrasado mientras se espera por el consentimiento. El menor tiene permitido aceptar tratamiento y diagnóstico en caso de drogas, alcohol, servicios anticonceptivos y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Cuando sea apropiado, enfermedades menores quizás sean tratadas sin la presencia de los padres. Una vez más, se prefiere el consentimiento sea oral o escrito pero no es mandatorio y esto se dejara a discreción de la oficina. Sin embargo, la evaluación física deportiva (Sports Physicals) requiere el consentimiento escrito cuando el padre no puede acompañar al niño a la oficina.

Formas y Cartas: Si el paciente somete cartas o formas para ser completadas por el profesional de la salud un cobro individual se aplicara por cada documento. Sin embargo, si el profesional de la salud necesita escribir una carta o completar formas en nombre del paciente una tarifa no negociable sera requerida para completar la solicitud. Por favor, espere 3 dias laborales (72 horas) para que el proceso se complete. Todos los cargos se deben abonar al momento de la solicitud.

- Formas \$25
- Discapacidad & FMLA papeleo \$25
- Reporte Narrativo \$100

Copias de Archivos Médicos: Estamos dispuestos en proveer una copia de los archivos médicos en forma parcial o total cuando recibimos su pedido. Sin embargo, queremos dejarte saber que hemos reducido el uso de papel. Por lo tanto, proveemos a nuestros pacientes una copia electrónica de los archivos dentro de tres días laborales (72 horas) el costo es \$25. El proceso de la copia electrónica puede ser acelerado dentro de un día laboral (24 horas) y el costo es \$50.

Pruebas de Embarazo: Por favor sepa que cuando un análisis de orina es ordenado por un profesional de la salud, la prueba de embarazo se hará automáticamente en toda paciente en edad de concebir sin importar el pasado ginecológico, obstétrico o el historial de cirugía.

Conducta Inapropiada & MY DR NOW Código de Conducta: MY DR NOW código de conducta define la conducta inapropiada como algo que el individuo hace que pueda (A) interferir con el orden de la clínica (B) interferir con la habilidad de otros en continuar de manera efectiva con sus responsabilidades (C) interfiere con el cuidado del paciente (D) humilla la confianza en el paciente de la clínica y los empleados (E) conducta o lenguaje que sea interpretado como ofensivo, irrespetuoso, humillante, abusiva, inapropiada en alguna manera. MY DR NOW está completamente comprometido en proteger el personal, profesionales de la salud y los pacientes de alguna conducta inapropiada. Una vez que la relación entre paciente y proveedor se ha deteriorado la clínica se reserva el derecho de expulsar al paciente permanentemente. MY DR NOW llevara a juicio y peleara contra algún desdeñoso mensaje o conducta quizás sea juzgada como dañina, difamatoria o calumnias.



Nuevo Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ 2nd Nombre: _____
 Apodo: _____ Apellido Materno: _____ Sex: M F
 SS#: _____ Casada/o Soltera/o Divorciada/o Viuda/o. Fecha de Nacimiento _____
 LN# & Estado: _____ Raza (Marque uno o deje en blanco para declinar): Soy Nativo de Alaska/
 Indio Nativo; Asiático; Negro/Afroamericano; Hawaiano/Pacifico; Blanco; White; Otro
 Miembros de la Familia atendidos en MYDRNOW (Nombre/Fecha De Nacimiento) _____
 Grupo étnico (Marque o deje en blanco): Hispano o Latino; No Hispano o Latino
 Idioma de Preferencia: _____
 Dirección Permanente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección Temporal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono del Hogar: _____ Celular : _____ Trabajo _____ Ext: _____
 Email: _____ *Contacto de Preferencia(Elija uno): Teléfono (H) Celular (C) Trabajo(T) Mensaje de Texto o Correo

Información de la Primera Póliza
 Dueño de la Póliza

Nombre del Seguro: _____
 Lugar de Empleo: _____
 Teléfono: _____
 Grupo#: _____ Póliza #: _____
 Dueño de la Póliza: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 LN#: _____ SS #: _____

Información de la Segunda Póliza
 Dueño de la Póliza

Nombre del Seguro: _____
 Lugar de Empleo: _____
 Teléfono: _____
 Grupo#: _____ Póliza #: _____
 Dueño de la Póliza: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 LN#: _____ SS #: _____

Información Financiera
 Information Del Garante

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____
 Estado _____ Código Postal: _____
 Hogar/Cel#: _____ Empleo #: _____
 Lugar de Empleo _____
 Fecha De Nacimiento del Garante: _____
 DL#: _____
 SS #: _____

CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR INFORMACION MEDICA Y LIBERAR RECORDS MEDICOS

Nombre: _____
 Relación: _____
 Nombre: _____
 Relación: _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

1st Contacto: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
 2nd Contacto: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Yo autorizo MY DR NOW para dejar mensajes acerca de laboratorios y citas medicas: Iniciales _____
 Yo autorizo MY DR NOW elegir _____ como mi Doctor de Cabecera: Iniciales _____
 He recibido, leído, y entendido las polizas de la clínica MY DR NOW: Iniciales _____
 He recibido, leído, y entendido HIPAA Privacy Regulations: Iniciales _____



Copagos se deben al tiempo de servicio que incluye alguna visita de seguimiento. Los copagos son un contrato entre usted y su compañía de seguro, por lo tanto MY DR NOW no pueden cancelarlos. De acuerdo con las reglas de los seguros y la clínica, todos los copagos, pagos, algún balance es debido al momento de la visita. MY DR NOW acepta la mayoría de los seguros médicos; formas adicionales de pago incluyen efectivo, tarjetas de débito, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Como parte del servicio que le ofrecemos, MY DR NOW procesara una reclamación de seguro por su parte. No todos los seguros médicos cubren todos los servicios, en caso de que su seguro determine que el servicio recibido no tiene cobertura, usted será responsable por la boleta en forma total. Los pagos por balances vencidos deberán ser cobrados antes de recibir servicios adicionales. MY DR NOW se asegura que boletas o asuntos financieros sean manejados apropiadamente, por esa razón se utiliza una agencia aparte de la compañía para verificar y procesar el reembolso. Por lo tanto ningún reembolso será procesado en la clínica.

PACIENTES SIN SEGURO

Para todos los pacientes sin seguros, el pago completo es debido al momento de recibir el servicio. Esto incluye pago por laboratorios, rayos-x, vacunas, inyecciones o procedimientos. En cualquier momento si usted elige ser atendido como paciente sin seguro, MY DR NOW no podrá mandar el reclamo a su seguro por el costo de la visita. La tarifa de pacientes sin seguro solo está disponible para estos pacientes que abonan la tarifa al tiempo de recibir el servicio.

WORKER'S COMPENSATION CLAIM

Si La herida no ha sido aprobada, su seguro médico no puede recibir el reclamo y los servicios serán su responsabilidad.

SU RESPONSABILIDAD COMO PACIENTE

He leído y entendido **MY DR NOW** pólizas de los pacientes, I acepto los términos y reglas. Además, entiendo y acepto que los términos y reglas sean corregidos en algún momento. Yo entiendo que soy responsable por todas las tarifas a pesar de la cobertura del seguro médico.

Acepto en pagar mi cuenta con **MY DR NOW** en acuerdo con las tasas y términos de pago por esta oficina. Entiendo y he provisto toda la información correcta y completa del seguro médico. Si no he provisto toda la información necesaria entiendo que seré responsable de todas las tarifas de alguna o todas las visitas en **MY DR NOW**.

Entiendo que una **multa mensual de \$10 será aplicada a todos los pacientes que adeudan balances después de 30 días**. Por lo tanto, si es necesario queda en discreción de la oficinal mandar la cuenta a colección como resultado de no pago. Además, entiendo que algún gasto de colección que se incurra como multas de retraso, gastos de abogados y gastos de colección son mi completa responsabilidad.

Apellido _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:

ALERGIAS

Por favor describa las alergias que
tiene: _____

MEDICAMENTOS

Por favor describa algún medicamento/dosis/frecuencia que está tomando actualmente :

HISTORIA MÉDICA

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de

Nacimiento: _____

Por favor marque todo lo que corresponda, deje en blanco si nunca ha tenido síntomas. POR FAVOR DE DETALLES DE LA EDAD/CUANDO OCCURRIO EN LAS LINEAS DE ABAJO.

- Historia de Alergias/Sistema Inmunológico**
- Alergias Temporales
- Bajo Sistema Inmunológico
- Otro _____

Desordenes de Sangre

- Anemia Hemolítica
- Deficiencia Anémica del Hierro
- Otro _____

Cáncer

- Cáncer de Hueso
- Tumor Cerebral
- Cáncer de mamas
- Cáncer Cerviuterino
- Cáncer de Colon
- Cáncer de Pulmón
- Melanoma
- Cáncer de Ovario
- Renal Carcinoma
- Cáncer de Piel
- Cáncer de Tiroides
- Otro _____

Genético

- Autismo
- Desarrollo retrasado
- Síndrome de Down
- Retraso Mental
- Múltiple Esclerosis
- Otro _____

Reproducción

- Endometriosis
- Disfunción eréctil
- Síndrome de ovario poli quístico
- Otro _____

GI-(Gastrointestinal)

- Cirrosis(Hígado)
- Pólipos del Colon
- Enfermedad de Crohn
- Enfermedad de la Vesícula
- Hepatitis/ Tipo _____
- Pancreatitis
- Síndrome del Intestino Irritable
- Ulceras Pépticas.
- Reflujo/Acides
- Ulceras Estomacales
- Colitis
- Otro _____

Corazón

- Coagulo Sanguíneo
- Arteria
- Venas
- Paro Cardíaco
- Falla Cardíaca
- Enfermedad de Válvulas Cardíacas
- Alta Presión Arterial
- Colesterol
- Latido irregular del Corazón
- Fibrilación Auricular

Corazón(Cont)

- Aleteo Auricular
- Supra-Taquicardia
- Taquicardia Ventricular
- Fibrilación Ventricular
- Enfermedad Vascular Periférica
- Otro _____

Hormonal/Endocrino

- Diabetes Tipo 1
- Diabetes Tipo 2
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Otro _____

Riñón/Vía Urinaria

- Falla Renal
- Fallan Renal Crónica
- Cálculos Renales
- Enfermedad Poli-quístico Renal
- Reflujo Urinario
- Otro _____

Pulmones

- Asma
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Bronquitis Crónica
- Embolia Pulmonar
- Hipertensión Pulmonar
- Otro _____

Musculo/Hueso/Tejido

- Dolor Crónico
- Fibromialgia

Musculo/H/T C

- Gota
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Artritis
- Otro _____

Cerebro/Sistema Ner

- Alzheimer
- ACV
- Demencia
- Parkinson
- Convulsión
- Migraña
- Otro _____

Piel

- Eccema
- Soriasis
- Otro _____

Otro/Misceláneo

- Glaucoma
- Apnea Del Sueño
- Otro _____

Hospitalizaciones

- Razón _____
- Fecha _____
- Razón _____
- Fecha _____
- Razón _____
- Fecha _____

HISTORIA MEDICA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____

HISTORIA GINECOLOGICA

Embarazo

Total de Embarazos _____ Total de Nacimientos _____

Numero de Perdidas _____ Número de Abortos _____

Problemas de Embarazo

- Diabetes de Embarazo
- Alta Presión-Inducida Por Embarazo _____
- Pre-trabajo de Parto
- Otro _____

Problemas con Ciclos Menstruales

- Ninguno
- Irregularidad en Frecuencia/Duración
- Sangrado pesado
- Otro _____

Control de Embarazo

Mamo-Gramas

- Nunca
- El ultimo Mamo-Grama _____ (Mes/Año)
- No Historia de mamo-gramas anormal
- Historia Positiva de mamo-grama anormal

Edad de primera menstruación _____

Edad de menopausia _____

Prueba de Papanicolaou

- Nunca Fecha de la última Prueba _____
- No Historia de prueba anormal
- Historia Positiva de prueba anormal

HISTORIA DE CIRUJIAS

- Ninguna
- Apéndice Fecha o edad _____
- Mamas D o I Fecha o edad _____
- Cesárea Fecha o edad _____
- Vesícula Fecha o edad _____
- Stent del Corazón Fecha o edad _____
- Histerectomía Fecha o edad _____
- Reemplazo de Articulación Fecha o edad _____
Que Articulacion _____
- Marcapaso Fecha o edad _____
- Remover Tiroides
- Remover Amígdalas _____
- Otro _____

HISTORIA FAMILIAR

- Historia Familiar Sin Problemas
 - Historia Familiar Desconocida
- Lista _____

Directivas Avanzadas

- Ninguna
- Testamento
- En Archivo

Poder de Abogado

En Archivo Fecha Firmado _____
No Resucitar

En Archivo Fecha Firmado _____
Donación de Órganos

En Archivo Fecha Firmado _____
Otro Documento

En Archivo Fecha Firmado _____

Por favor enumere la lista de doctores que usted ve:

HISTORIA SOCIAL

Pediatría/Adolescencia

Estado Marital de los Padres Casado Separado Div.
 No Casado/a No casado/ en convivencia
 Viudo/Madre Fallecida Viuda/Padre Fallecido
 Otro.

Ocupación De los Padres

Madre _____

Padre _____

Otros Arreglos en Vida Foster Adoptado

Quien provee el cuidado primordial? _____

Miembros de la Casa

Ambos Padres Madre Padre

Madrastra Padrastro Padrastros

Hermanos # de Hermanas _____ Hermanos _____

Hermanastros _____

Tabaco Si No

Escuela/Guardería _____

Grado y Escuela _____

HISTORIA MEDICA CONTINUA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____

HISTORIA SOCIAL CONT

Adulto

Ocupación _____

Lugar de Empleo _____

Empleado por su Cuenta Sin Empleo Ama de Casa Estudiante Retirado/ Su ocupación anterior _____

Deshabilitado por _____

Otro _____

Estado Matrimonial

Soltero Casado/a Separado/a Divorciado/a _____

Divorciado/a Y casado/a otra vez

Otro _____

Número de niños

Ninguno Número Total de Niños _____
Hijastros _____ Edades _____

Hobbies y recreación _____

Ejercicio

Ninguno Rara vez

Si, tipo (aerobics, correr, bicicleta) _____

Frecuencia Diaria _____ Días/Semana _____
Minutos/sesión _____

TABACO/ALCOHOL

Tabaco

Si No

Uso Actual

Cigarrillos: _____ Cigarrillos/día, _____ Años
Puros Fumados: _____ Puros/día _____

Cuando renuncio _____

Números de intento _____

Alcohol

Nunca

Alcohólico

Historia de alcoholismo

Toma alcohol últimamente: Rara vez _____
Regular _____ Social _____ Por
Semana _____

ABUSO DE SUBSTANCIAS

HISTORIA DE SALUD MENTAL

Sin Problemas Hospitalizado por salud Mental

Intento de Suicidio ADD ADHD

Ansiedad Anorexia Nerviosa

Bulimia Nerviosa Demencia Bipolar

Retraso Mental Obsesivo Compulsivo Depresión

Desorden post-trauma Esquizofrenia

Otro _____

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

Enfermedades Sexualmente Transmitidas

Si, desconoce tipo Fecha o edad diagnosticada _____

Sida/HIV

Herpes

Enfermedad de Inflamación Pélvica

Sífilis

Clamidia

Gonorrea

Tricomoniasis

HPV

Otro _____

Enumere enfermedades reportables



INFORMACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe como la información médica acerca de usted puede ser usada y distribuida. Además, como usted puede acceder esta información, por favor revise esta información cuidadosamente.

Nuestro Compromiso para su Privacidad

Entendemos que la información médica acerca de usted y su cuidado médico es personal. Creamos archivos médicos de los servicios que recibe de MY DR NOW y estamos comprometidos en proteger su información médica. La Ley nos pide **1)** Asegurarnos que la información que lo identifica se mantenga privada; **2)** Proveer esta notificación de prácticas de privacidad; **3)** Seguir los términos de esta notificación que están en efecto.

USO DIARIO Y DISTRIBUCION DE SU INFORMACION MEDICA:

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en las cuales usamos y distribuimos su información médica (PHI en Ingles).

- **Tratamiento.** Posiblemente usemos su PHI para tratarlo (por ejemplo laboratorios, cuando ordenamos o escribimos recetas de medicamentos para usted). Muchas de las personas que trabajan en nuestras oficinas incluyendo pero no limitando los doctores o enfermeras que tal vez usen o distribuyan su información médica para tratar o asistir en su tratamiento médico. Además, se puede distribuir su información médica a otras entidades afuera de MY DR NOW que están participando en cuidado de su salud.
- **Pago.** Podemos usar y distribuir su información médica a usted, una compañía de seguro u otra parte en orden de cobrarle y coleccionar pago por los servicios que recibe de nuestra parte. Esto incluye verificar sus beneficios o proveer información para obtener autorización.
- **Funcionamiento de la Clínica.** Podemos usar o distribuir su información médica para funcionamiento de nuestra compañía, por ejemplo podemos usar su información para evaluar la calidad de cuidado o médico que recibió de nuestra parte, también para conducir planes de costo y evaluación de operaciones de nuestras clínicas. Hay algunos servicios que proveamos a través de los operadores de la compañía.

OTROS USOS

- **Recordatorio de Citas.** Podemos usar y distribuir su información médica para contactarlo y recordarle su cita.
- **Opciones de tratamiento.** Podemos usar y distribuir su información médica para informarles de posibles opciones de tratamiento.
- **Beneficios y Servicios Relacionados con su Salud.** Nuestra clínica puede usar y distribuir su información médica para usted en relación a sus beneficios y servicios.
- **Distribución de Información a Familiares o Amigos.** Nuestra oficina puede usar o distribuir su información médica a amigos o familiares que están involucrados en su cuidado de la salud y cuidan de usted. Por ejemplo, un padre o custodio legal puede pedir a una niñera que lleve su niño a la oficina del pediatra para el tratamiento de un resfriado. En este caso, la niñera puede tener acceso a la información médica del niño.

USO Y DISTRIBUCION DE SU INFORMACION MEDICA EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Podemos usar y distribuir su información médica sin su permiso cuando sea requerido por leyes federales, estatales o leyes locales como fuerzas de la ley, sospechoso de abuso, reporte de negligencia, auditoría, arreglos funerarios, donación de órganos, salud pública o en alguna emergencia.

OTROS USOS DE INFORMACION MEDICA

Obtendremos su autorización escrita por uso y distribución que no son identificados en esta notificación o permitidos por la ley. Alguna autorización que usted provea a nosotros acerca del uso y distribución de su información médica puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después que haya revocado su autorización, no usaremos ni distribuiremos en adelante su información médica por las razones descritas en la autorización. Por favor note, que se nos requiere retener records de su cuidado de la salud.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACION MEDICA

Usted tiene los siguientes derechos acerca de su información médica que mantenemos de usted.

- **Comunicación Confidencial.** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted acerca de su salud y otros asuntos relacionados en forma particular o cierta localidad. Por ejemplo, usted puede pedir que lo contactemos a su casa, en vez del trabajo. Por lo tanto, para requerir un tipo de confidencialidad en la comunicación, usted debe crear en forma escrita una petición a la recepcionista especificando el método de contacto o el lugar donde usted desea ser contactado. Nuestras oficinas aceptaran peticiones que sean razonables. No necesita dar una razón para su petición.
- **Restricción en las Peticiones.** Usted tiene el derecho de pedir una restricción en nuestro uso y distribución de su información médica para tratamiento, pago o evaluación de operaciones de nuestra oficina. Además, usted tiene el derecho de requerir que restrinjamos la distribución de su información médica a solo individuos que están involucrados en cuidado de la salud o procesan pagos por sus servicios como familiares o amistades. **No somos requeridos aceptar su petición;** sin embargo, si aceptamos, estamos limitados a nuestro acuerdo con excepción de sea requerido por ley, en caso de emergencia, o cuando la información sea necesaria para tratarlo. Para pedir una restricción usted debe hacerlo por escrito al Departamento de Archivos Médicos. Su petición debe describir en forma concisa y clara 1) la información que usted desea que sea restringida; 2) si usted requiere limitar el uso de nuestra oficina o distribución o ambas; 3) y a quien usted desea aplicar esos límites.
- **Inspección y Copias.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información médica, incluyendo los archivos médicos, archivos de facturación, pero no incluyendo las notas de psicoterapia. Usted debe someter su petición por escrito al Departamento de Archivos Médicos para poder obtener su información médica. Podemos cobrar una tarifa por el costo de copiar, enviar y proveer nuestros representantes con su pedido. Tratamos de proveer toda petición que sea razonable; sin embargo si rechazamos su pedido de inspeccionar o copiar, usted puede requerir revisar nuestro rechazo.
- **Enmienda.** Usted puede pedirnos que corrijamos su información médica si cree que esta incorrecta o incompleta, y usted puede requerir una enmienda por todo el tiempo que la información se mantenga en nuestra oficina. En orden de pedir una enmienda, su petición debe ser hecha en nuestra forma "Pedido de Enmienda de Archivo Médico" y ser sometida al Departamento de Archivos Médicos. Usted debe proveernos con una razón que justifique su pedido de enmienda. Nosotros rechazaremos su pedido si usted falla en proveer una razón que justifique por escrito. Además, podemos rechazar su petición si usted pide una enmienda a la información que no fue creada por nosotros, o no es parte de la información médica mantenida por nosotros, o si la información es exacta y completa. Si rechazamos su petición, usted puede apelar nuestra decisión por escrito.
- **Registro de Información Confidencial del Paciente.** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de pedir un registro de información confidencial del paciente. Este registro no incluirá información de tratamiento, pago, o los propósitos de las operaciones de la clínica. En orden de obtener el registro de información confidencial del paciente, usted debe someter su petición por escrito al Departamento de Archivos Médicos. La primera lista de su petición entre un periodo de 12 meses es sin cargo. Podemos cobrarle por listas adicionales entre el mismo periodo de 12 meses. Le notificaremos de algún costo que involucre un pedido adicional, y usted puede cancelar su pedido antes de incurrir en algún gasto.
- **Derecho de Recibir una Copia de esta Notificación en Papel.** Usted tiene el derecho de recibir una copia de nuestra notificación de privacidad. Para obtener la copia de esta notificación, contacte nuestro agente de privacidad por escrito.

QUEJAS

Si usted cree que su derecho de privacidad han sido violados, usted puede someter una queja con el gerente de la oficina.

MENORES Y PERSONAS CON TUTELA LEGAL

Menores y ciertas personas adultas con discapacidad tienen el derecho a privacidad y protección de su información médica. Porque por ley, ellos no pueden hacer decisiones médicas por sí mismos, un padre o con la tutela pueden hacer decisiones medicas por ellos. Entonces padres o los que tienen la tutela legal pueden autorizar el uso y distribución de información médica y también posee todos los derechos descritos en esta notificación. Bajo ciertas circunstancias definidas por ley, menores pueden decidir de manera independiente en la parte médica sin el conocimiento o aprobación del padre o el que posea la tutela legal. En esas situaciones, el menor puede tener todos los derechos de esta notificación. Si el menor decide informar a los padres o los que tienen la tutela legal, entonces todos los derechos pueden transferirse a los padres o los que tienen la tutela legal. Puede haber ocasiones donde el acceso, uso y distribución de información médica puede ocurrir sin el consentimiento de los padres o los que tienen la tutela legal cuando por ejemplo cuando la salud o seguridad del menor está en peligro y la información médica es necesaria para proteger al menor.

Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar esta Notificación de Privacidad. Alguna revisión o enmienda a esta notificación será efectiva para todos sus archivos que hemos creado o mantenido en el pasado, y por alguna razón podamos crear o mantener en el futuro. Nuestra clínica pondrá una copia de nuestra Notificación en nuestras oficinas en un área visible y usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación actual en cualquier momento.