

Bienvenido!

Gracias por elegir a Centro Integral De Reumatologia. Esperamos brindarle una atencion reumatologica personalizada e integral.

Para su comodidad este paquete incluye formularios para pacientes nuevos, que puede completar con anticipacion y llevarlos a su primera cita. Llegue 15 minutos antes para permitir que los miembros de nuestro personal preparen su expediente.

En caso de que tenga alguna pregunta, comuniquese con nuestra oficina. Nuestro numero telefonico es (818) 598-0000 y nuestro numero de fax (818) 598-0500. Estamos abiertos de 8:00AM – 5:00 PM de Lunes- Viernes

Porfavor de traer a su cita lo siguiente:

1. Tarjeta de Identificacion
2. Tarjeta de Seguro Medico
3. Metodo de pago para su porcion de pago (aceptamos tarjetas, cheques, y efectivo)
4. Formas de nuevo paciente.
5. Copias fisicas de estudios de sangre, rayos X, y resonancia magnetica.

Si no puede asistir a su cita:

Su cita va ser confrimada unos dias antes por llamada telefonica, y via texto. Entendemos que ocasionalmente surgen situaciones que esten fuera de su control. En esos casos le soliciatamos de llamar 48 horas antes de su cita. Su cortesia nos permite continuar operando de manera eficiente y usar el tiempo que se le reservo para ayudar a otros pacientes que lo necesitan. Nuestra polisa es cobrar una tarifa por no presentarse a su cita.

Gracias nuevamente por elegirnos para el cuidado de su salud.Estamos encantados de que forme parte de nuestra familia.

Sinceramente
Todos en el Centro Integral De Reumatologia.

Aviso De Practicas De Privacidad

Centro Integral Reumatologico
Nazanin Firooz, M.D. Inc

23067 Ventura Blvd, Suite 200, Woodland Hills, CA 91364

Este aviso describe como se puede utilizar y divulgar su informacion medica y como usted puede tener acceso a esta informacion. Por favor reviselo cuidadosamente.

A. Como esta oficina medica puede usar o divulgar su informacion de salud.

Esta oficina medica recopila informacion sobre su salud y la almacena en un grafico en una computadora. Esta es su historia clinica. El expediente medico es propiedad de esta oficina medica, pero la informacion en el expediente medico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su informacion de salud para los siguientes propositos:

- 1. Tratamiento:** Usamos su informacion medica para brindarle atencion medica. Divulgamos informacion medica a otras personas que estan involucradas en brindarle la atencion que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su informacion medica con otros medicos u otros proveedores de atencion medica que brindan servicios que nosotros no brindamos. O podemos compartir esta informacion con un farmaceutico que le necesite para dispensarle una receta, o un laboratorio que realiza una prueba. Tambien podemos divulgar informacion medica a miembros de su familia u otras personas que pueden ayudarlo cuando este enfermo o lesionado
- 2. Pagos:** Usamos y divulgamos su informacion medica para obtener el pago de los servicios que brindamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la informacion que requiere antes de que nos pague.
- 3. Operaciones de Atencion Medica:** Podemos usar y divulgar esta informacion para que su plan de salud autorice servicios o referencias. Tambien Podemos usar u divulgar esta informacion segun sea necesario para revisiones medicas, servicios legales y auditoria, incluidos programas de deteccion y cumplimiento de fraude y abuso y planificacion y gestion comercial. Tambien podemos compartir su informacion medica con nuestros socios comerciales, como nuestros servicios de facturacion que realizan servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos socios comerciales que contiene terminos que les exigen proteger la confidencialidad y seguridad de su informacion medica. Si bien la ley federal no protege la informacion medica que se divulga a alguien que no sea otro proveedor de atencion medica, plan de salud, camara de compensacion de atencion medica o uno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe que todos los destinatarios de informacion medica la divulgen, excepto cuando se requiera o permita especificamente por la ley.
- 4. Recordatorios de Citas:** Podemos usar y divulgar informacion medica para comunicarnos con usted y recordarle sus citas. Si no esta en casa podemos dejar esta informacion en su contestador automatico en un mensaje dejado a la persona que contesta el telefono.
- 5. Hoja de registro.** Podemos usar y divulgar informacion medica sobre usted al pedirle que se registre cuando llegue a nuestra oficina. Tambien llamar su nombre cuando estemos listos para verlo.
- 6. Notificacion y Comunicacion con Familia** Podemos divulgar su informacion de salud para notificar o ayudar a notificar o ayudar a notificar a su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicacion, su estado general o, a menos que nos haya indicado lo contrario, en caso de su muerte. En caso de un desastre, podemos divulgar informacion a una organizacion de Socorro para que puedan coordinar estos esfuerzos de notificacion. Tambien podemos divulgar informacion a alguien que este involucrado en su atencion o ayude a pagar su atencion. Si no puede o no esta disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud utilizaran su mayor criterio en la comunicacion con su familia y otras personas.
- 7. Nuevo Tratamiento.** Es posible que nos comuniquemos con usted sobre nuevos servicios o tratamientos que podamos ofrecer en la oficina que puedan ser de beneficio para usted.
- 8. Venta de su Informacion de Salud:** Su informacion de salud NO sera vendida a otros.
- 9. Requerido por la Ley:** Cuando la ley nos exija denunciar el abuso, la negligencia o la violencia domestica, o procedimientos judiciales o administrativos, o los funcionarios encargados de hacer cumplir con la ley, cumpliremos con los requisitos establecidos a continuacion con respecto a esas actividades. Ademas la ley puede exigirle que divulgue su informacion de

salud. A las agencias de supervisión de la salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias y otros procedimientos, sujeto a las limitaciones impuestas por las leyes federales y de California.

- En respuesta a una citación. Solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han realizado esfuerzos razonables para notificarle sobre la solicitud y no ha sido objetada, o si sus objeciones han sido resueltas por un orden judicial o administrativa.

-

10. Salud Pública Podemos, y en ocasiones estamos obligados por la ley a divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, denunciar abuso o negligencia de niños, ancianos, o adultos dependientes, o violencia doméstica. Informar a la administración de drogas y alimentos de problemas con productos y reacciones a medicamentos y reportar exposición a enfermedades o infecciones.

11. Forenses Podemos y estamos obligados por la ley a divulgar su información de salud a médicos forenses en relación con sus investigaciones de muerte.

12. Donación de Órganos o Tejidos. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos u tejidos.

13. Prueba de vacunación Divulgaremos la prueba de inmunización a una escuela tenga dicha información antes de admitir a un estudiante si usted está de acuerdo con la divulgación en su nombre o en el de su dependiente.

14. Compensación del trabajador . Podemos divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación laboral, cuando corresponda.

15. Cambio de propiedad. En el caso de que esta práctica médica se venda o se fusione con otra organización su información/registro de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar que las copias de su información de salud se transfieran a otro médico o centro médico.

16. Breach Notification. En el caso de una violación de la información de salud protegida le notificaremos según exija la ley.

17. Notas de Psicoterapia. No usaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin su autorización previa por escrito, excepto por lo siguiente: 1 su tratamiento, 2 para defendernos en caso de un procedimiento legal, 3 si la ley nos obliga a divulgar la información a usted o al secretario del HHS o por alguna otra razón. 4 Para evitar una amenaza grave a su salud o la seguridad o 5 al forense médico después de su muerte.

18. Investigaciones. Podemos divulgar su información de salud a investigaciones, solamente si usted está involucrado en la investigación. Según lo apruebe una junta de revisión institucional o una junta de privacidad de conformidad con la ley vigente.

B. Cuando esta oficina médica no puede usar o divulgar su información de salud.

Si autoriza a esta práctica médica a usar o divulgar su información de salud para otro propósito puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Sus derechos de información de salud

1. Derechos a solicitar protecciones especiales de privacidad Tiene derechos a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud mediante una solicitud por escrito que especifique que información desea limitar y que limitaciones sobre nuestro uso o divulgación desea que se impongan. Si nos pide que no divulguemos información a su plan de salud comercial con respecto a los artículos o servicios de atención médica que pague de su bolsillo, cumpliremos con su solicitud a menos que debemos divulgar la información por motivos legales o de tratamiento. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

2. Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud con excepciones limitadas. Para acceder a su información médica debe enviar una solicitud por escrito detallando a qué información desea acceder. Cobraremos una tarifa razonable que cubra nuestros costos de mano de obra, suministros, franqueo y si se solicita y se acuerda con anticipación el costo de preparar una explicación o un resumen según lo que permitan las leyes federales y de California.

3 **Derecho a modificar o complementar**. Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su sinformacion de salud que crea que es incorexta o est incomplete. Debe presentar una solicitud de modificacion por escrito e incluir las razones por las que cree que la informacion es inexacta o incompleta. No estamso obligados a cambiar su informacion de salud y le proporcionaremos informacion sobre la denegacion de esta practica medica y como puede estar en desacuerdo con la denegacion.

D. Cambios a este Aviso de Practicas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar nuestra practicas de privacidad y los terinos de este Aviso de practicas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice dicha modificacion estamos obligados por la ley a cumplir con este aviso. Despues de realizar una modificacion el aviso de proteccion de la privacidad revisado se aplicara a toda la informacion medica protegida que mantenemos independientemente de cuando se haya creado o recibido. Mantendremos una copia del aviso actual publicado en nuestra area de recepcion y habra una copia disponible en cada cita.

Políticas De Cancelacion de Citas, Ausencias, y Llegadas Tardes

En Centro Integral de Reumatología valoramos la atención que está recibiendo. Para continuar atendiendo mejor sus necesidades médicas, como las necesidades de otros pacientes, estamos implementando una política de cancelación de citas y ausencias.

Cancelacion Sin Aviso:

Trabajamos duro para acomodar todas las necesidades de nuestros pacientes. Las cancelaciones con poca anticipación le quitan la oportunidad a otros pacientes de ser atendidos. Le solicitamos que por favor cambie o cancele sus citas con **24 horas** de anticipación. Si no nos proporciona un aviso en **24 horas**, o si no se presenta a una cita programada, es posible que se le cobre una tarifa de **\$50.00**. Las ausencias frecuentes dificultan nuestra capacidad para cuidar a nuestros pacientes adecuadamente. Un paciente que no se presenta tres veces o más no puede programar para futuras citas.

Si no puede venir a **su visita de consulta _____(inicial)** y no nos avisa con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará un cargo de **\$100** por no presentarse. Las consultas se reservan por un período más largo y las cancelaciones con poca antelación pueden quitarle la oportunidad a otros pacientes.

Politica de llagadas tardes:

Si un paciente llega más de 15 minutos tarde a su cita, la cita puede ser cancelada y reprogramarse. Alternativamente, se les puede pedir a los pacientes que lleguen tarde de esperar para ser atendidos hasta que el proveedor tenga una disponibilidad en su horario.

Si tiene alguna pregunta con respecto a estas políticas, por favor de preguntarle a nuestro personal y estaremos encantados de hablar con usted con más detalle.

He leído y entiendo la política de cancelación y ausencia del Centro Integral de Reumatología y aceptó estar sujeto a sus términos. Entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la oficina.

Yo _____(Escriba su nombre) el leído y eh recibido una copia de la politica de cancelacion del Centro Integral de Reumatologia.

Firma del Paciemte

Fecha

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Telefono: _____ Telefono Secundario: _____

Direccion: _____

Calle

Ciudad

Codigo Postal

*Correo Electronico: _____

Nombre de Farmacia y Direccion: _____

Nombre De Farmacia Especializada y Direccion: _____

Doctor Principal: _____ Doctor De Referente: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma: _____

Contacto De Emergencia:

1) Nombre: _____ Telefono: _____

2) Nombre: _____ Telefono: _____

*****Tenga en cuenta, solicitamos su direccion de correo electronico solo para nuestro portal de pacientes. Con el portal puede ver los resultados de laboratorios y las proximas citas. Ademas, programar y cambiar citas futuras. Las Caracteristica mas importante de nuestro portal es que puede enviar mensajes directamente a los proveedores y al personal. No enviamos correos electronicos Spam.***

Medicamentos (por favor de incluir dosis y frecuencia que toma)

Cirugías: (por favor de incluir fechas de Cirugías)

Alergias a Medicinas:

Diagnostico Médico Anterior: (ejemplo alta presión, asma,diabetes, etc)



Autorizacion De Divulgacion De Registros Medicos

Nombre Del Paciente _____

Direccion _____

Num. Telefono _____

Fecha de Nacimiento _____

Autorizo al custodio de los registros”

(Nombre Del Doctor)

Para publicar la siguiente informacion *(Please check all that apply)*

- Todos los Registros
- Notas De Consulta
- Reportes Operativos
- Laboratorio/Patologias
- Notas de Progreso
- Notas de Admision

Nombre _____

Direccion _____

Numero de
Telefono _____ Fax _____

Firma Del Paciente/Representante _____ Fecha _____

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Afirmo que he recibido el aviso de privacidad de la practica _____ (Iniciales)

Este aviso describe como se puede usar y divulgar su informacion medica y como puede tener acceso a esta informacion. Afirmo que he recibido una copia del aviso de privacidad.

Responsabilidad Financiera: _____ (Iniciales)

Entiendo que soy responsable de todos los cargos, copagos,y los deducibles anuales. Si se determina que no soy elegible según los términos del acuerdo de mi plan de salud oh sí mi aseguranza no cubre mis servicios médicos, entiendo que soy responsable de pagar por los servicios brindados. Entiendo que debo pagar dentro de 30 días posteriores al recibir la factura. Cualquier falta de pago resultará en cobro de collection. **Después de 60 días de falta de pago, se me aplicará un recargo de \$50.**

Cheques devueltos sin pago tendran un cobro de \$35.00 for insuficiencia de fondos.

Politica de cancelacion: _____ (Iniciales)

Entiendo que mi cita es un tiempo reservado para mí. En caso de que no pueda llegar a mi cita por cualquier motivo, acepto notificar a la oficina de inmediato. **Entiendo que si no cancelo mi cita al menos 24 Horas antes, puede resultar en una tarifa de \$50.00**

Revision de resultados por telefono: _____ (Iniciales)

A menos que se especifique lo contrario, los resultados de los estudios de laboratorio,radiografías, y otros estudios de diagnóstico realizados después de mi visita inicial no se discuten por teléfono. Esto es para garantizar que se me brinde una atención completa. Dado que las enfermedades reumatológicas son complejas, la interpretación de tales estudios no es posible sin una reevaluación a la visita siguiente. Un resultado positivo puede tener varias implicaciones y requiere explicación completa. Si decide no tener una cita siguiente puede obtener una copia de mis resultados después de firmar una exención.

Uso de Servicios de Escribiente: _____ (Iniciales)

Entiendo que mi proveedor puede ser asistido por un escribiente durante mi visita para ayudar a documentar mi consulta médica. Este escribiente puede estar físicamente presente, participar de forma virtual, o ser impulsado por inteligencia artificial (IA). Todo el trabajo del escribiente se realiza bajo la supervisión directa de mi proveedor, y toda la documentación es revisada y aprobada por mi proveedor. Cualquier herramienta de IA utilizada cumple con las leyes de privacidad aplicables, incluyendo HIPAA.

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Num. De Telefono: _____ Relacion: _____

Con quien podemos discutir su información médica:

[]Nadie []Esposo/a []Familiar/Otro: _____



He leído, entiendo, y acepto lo anterior.

Firma: _____ Fecha: _____

El artículo 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes crediticios. Además de cualquier otra sanción legal, si una persona infringe a sabiendas dicho artículo al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes crediticios, la deuda será nula e inaplicable

Consentimiento para Telemedicina (Teleconsulta) – California

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Doy mi consentimiento para recibir atención médica a través de telemedicina, lo cual puede incluir comunicación por audio y/o video con mi proveedor de atención médica.

Entiendo que la telemedicina tiene limitaciones en comparación con la atención en persona, incluida la imposibilidad de realizar un examen físico completo, y que existen posibles riesgos para la privacidad y la seguridad a pesar de las medidas de protección razonables.

Reconocimientos del Paciente

Entiendo y acepto que:

- Puedo solicitar una consulta en persona en cualquier momento cuando sea posible.
- Mi información de salud será protegida de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables, incluyendo HIPAA.
- La telemedicina no es apropiada para condiciones médicas de emergencia. Si estoy experimentando una emergencia médica, llamaré al 911 o acudiré a la sala de emergencias más cercana.
- Mi identidad puede ser verificada al inicio de la consulta utilizando información personal de identificación.

Requisitos para la Teleconsulta

Por razones de seguridad, calidad de atención y privacidad, acepto:

- Estar en un lugar privado y tranquilo
- Usar una conexión a internet confiable
- Permanecer estacionario/a (no conducir ni estar en movimiento) durante la consulta
- Limitar las distracciones y asegurar que no haya personas no autorizadas presentes, a menos que yo dé mi consentimiento

Entiendo que si estas condiciones no se cumplen, el proveedor puede interrumpir la consulta y requerir que se re programe. En tales casos, la cita puede considerarse como no asistida y podría aplicarse un cargo por inasistencia.

Responsabilidad Financiera

Entiendo que los servicios de telemedicina serán facturados a mi seguro cuando corresponda. Soy responsable de cualquier copago, deducible o servicio no cubierto.

Derecho a Retirar el Consentimiento

Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento antes o durante la teleconsulta.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este formulario de consentimiento y acepto participar en servicios de telemedicina bajo los términos descritos anteriormente.

Firma del Paciente/Tutor: _____ **Firma del Proveedor:** _____

Fecha: _____ **Fecha:** _____