

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA ARCHIVOS MÉDICOS (IMPRESA, POR FAVOR)						FECHA
<b>PACIENTE</b>		SR. SRA. SRTA.	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
DOMICILIO DEL PACIENTE		CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	TEL. DE LA CASA
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA NACIMIENTO	EDAD	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR		
EMPLEADOR DEL PACIENTE				OCCUPACIÓN		
DOMICILIO DEL EMPLEADOR		CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE DEL CÓNYUGE		ESTADO CIVIL		ENVIADO POR		
		C	S	D	V	SEP.
EMPLEADOR DEL CÓNYUGE		CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	TEL. DEL TRABAJO
EN CASO EMERGENCIA CONTACTAR		NOMBRE	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P. TELÉFONO
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO</b>						
COMPañIA				NÚMERO DE PÓLIZA		
COMPañIA				NÚMERO DE PÓLIZA		
COMPañIA				NÚMERO DE PÓLIZA		
<b>COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI EL RESPONSABLE DEL PAGO NO ES EL PACIENTE</b>						
<b>PARTE RESPONSABLE</b>		SR. SRA. SRTA.	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	RELACIÓN
DOMICILIO		CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	TELÉFONO
EMPLEADOR DEL PARTE RESPONSABLE				OCCUPACIÓN		
DOMICILIO DEL EMPLEADOR		CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	TELÉFONO

Por la presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a divulgar toda y cualquier información médica (incluyendo dental) al agente de seguro nombrado arriba (o a un apoderado designado) con el propósito de administrar y evaluar reclamos, repaso de utilización y auditoría financiera. Esta autorización permanece válida y efectiva desde la fecha de su firma hasta que se revoque por escrito. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. He leído esta autorización y la entiendo. Por la presente cedo al Dr. \_\_\_\_\_ todo el dinero al que tengo derecho por los gastos médicos y/o quirúrgicos relacionados con el servicio prestado por él/ella, pero sin exceder mi deuda a dicho médico y/o cirujano. Se entiende que cualquier dinero recibido de la compañía de seguros nombrada arriba, por encima de mi deuda, me será devuelto cuando mi cuenta esté totalmente pagada. Entiendo que soy responsable financiero ante el doctor(es) nombrado por cargos no cubiertos por esta cesión. Estoy de acuerdo además, que en el caso de no pago, me serán requeridos los recursos para costear los gastos de cobranza, y/o gastos de tribunales y honorarios legales razonables.

FIRMA DEL  
ASEGURADO O GUARDIÁN \_\_\_\_\_

FIRMA DEL  
PACIENTES \_\_\_\_\_

**Medical Office**  
**Susan R.Kawakami, D.O.**  
8556 Florence Ave., Downey, CA 90240  
Tel: 562-861-0101; Fax: 562-861-9898



### Mensaje a Nuestros Pacientes Acerca del Arbitraje

El contrato adjunto es un acuerdo de arbitraje. Mediante la firma de este contrato acordamos que cualquier disputa que surja de los servicios médicos que usted recibe será resuelta mediante arbitraje vinculante en lugar de un procedimiento legal. Los juicios son algo que nadie puede predecir y todo el mundo espera evitar. Creemos que el método de resolver disputas mediante arbitraje es uno de los sistemas más justos tanto para pacientes como para médicos. Los acuerdos de arbitraje entre pacientes y médicos han sido reconocidos y aprobados por los tribunales de California desde hace ya mucho tiempo.

Mediante la firma de este contrato usted modifica el lugar en donde su demanda será presentada. Podrá igualmente presentar testigos y evidencias. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de parte), quienes seleccionarán a su vez un tercer árbitro neutral. Estos tres árbitros analizarán el caso. Este acuerdo por lo general, ayuda a limitar los costos legales tanto para los pacientes como para los médicos. Además, ambas partes se beneficiarán evitando algunas de las dificultades de un juicio y la publicidad que puede acompañar los procedimientos legales.

Nuestro objetivo es, por supuesto, brindar atención médica de tal manera que no haya necesidad de disputas. Sabemos que todos los problemas empiezan con falta de comunicación. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta acerca del tratamiento que recibe, por favor háganos el favor de traerlo a nuestra atención.

## ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MEDICO Y PACIENTE

**Artículo 1: Acuerdo de someterse a arbitraje:** Por el presente se acuerda que cualquier disputa referente a negligencia profesional, es decir, en lo que se refiera a si cualquiera de los servicios médicos efectuados bajo este acuerdo fueron innecesarios o no autorizados o fueron llevados a cabo, inadecuada, negligente o incompetentemente, se determinará por medio de un arbitraje en conformidad con las leyes de California, y no por medio de un juicio o recurso a procedimiento de corte, con excepción de la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje conforme a las leyes de California. Ambos participantes en este contrato, por el hecho de entrar a este contrato, están renunciando sus derechos constitucionales que cualquiera disputa sea decidida en corte frente a un jurado, y, en su lugar, aceptan el uso de arbitraje.

**Artículo 2: Todos los reclamos deben someterse a arbitraje:** Es la intención de los participantes que por medio de este acuerdo sea obligatorio para todos aquellos cuyos reclamos surjan o estén vinculados con el tratamiento o los servicios prestados por el médico incluyendo a cualquier cónyuge o heredero del paciente y a cualquier hijo que haya nacido o no en el momento en que ocurrió el acontecimiento que dió lugar a dicho reclamo. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" se referirá tanto a la madre como al bebé o los bebés que la madre espera.

Todos los reclamos por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite de la jurisdicción de la corte de reclamos de menor cuantía contra el médico, y los socios del médico, asociados, corporación o sociedad colectiva, y los empleados, agentes o propiedad de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero no limitándose, a reclamos por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia, trastornos emocionales o daños punitivos. Que el médico haya entablado una acción judicial en cualquier corte con el fin de cobrar honorarios del paciente no significará una renuncia al derecho de someter a arbitraje cualquier reclamo por negligencia médica.

**Artículo 3: Procedimientos y Derecho Aplicable:** Se requiere que todos los participantes sean notificados por escrito en caso de una solicitud de arbitraje. Cada uno de los participantes deberá escoger un árbitro (árbitro del participante) dentro de un plazo de treinta días y los árbitros nombrados por los participantes escogerán un tercer árbitro (árbitro neutral) dentro del plazo de treinta días después de la solicitud por un árbitro neutral de cualquiera de las dos partes. Cada participante del arbitraje deberá pagar su porción prorrateada correspondiente de los costos y honorarios del árbitro neutral, además de otros gastos de arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, excluyendo los honorarios de los abogados o de los testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para el beneficio propio del participante. Los participantes estipulan que los árbitros tendrán la inmunidad de un oficial judicial contra la responsabilidad civil mientras está actuando en la capacidad de árbitro bajo este contrato. Esta inmunidad suplementará y no reemplazará, cualquiera otra ley, sea común o estatutoria, que se aplique.

Por medio de una petición escrita al árbitro neutral, cada uno de los participantes podrá ejercer un derecho absoluto de someter separadamente al arbitraje los asuntos de responsabilidad por daños y perjuicios.

Los participantes acceden a que toda persona o entidad que, de otra manera, sería una parte adicional oportuna en una acción judicial, pueda intervenir y participar en este arbitraje, y en caso de que tal intervención o participación ocurra, toda acción jurídica existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el momento del arbitraje.

Los participantes estipulan que las disposiciones de las leyes de California aplicables a los profesionales que suministran atención médica se aplicarán a las disputas incluidas en este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero sin limitarse a, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimientos Civiles y Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier participante puede presentar a los árbitros una solicitud para una decisión sumaria o una adjudicación sumaria en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles. El proceso de descubrimiento será conducido en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles de California, Sección 1283.05, sin embargo, las deposiciones se pueden llevar a cabo sin antes tener el permiso del árbitro neutral.

**Artículo 4: Disposiciones Generales:** Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacciones o circunstancias vinculadas deberán ser sometidas a arbitraje en el mismo procedimiento. Se renunciará al reclamo o este se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba su notificación, el reclamo, en caso de ser parte de una acción civil, fuera excluido bajo el estatuto de limitaciones de California correspondiente o (2) el reclamante no demuestra diligencia razonable en llevar adelante el reclamo de arbitraje en conformidad con los procedimientos aquí descritos. Con respecto a cualquier otro asunto que no esté estipulado expresamente en el presente, el arbitraje se regirá por las disposiciones relativas a arbitraje del Código de Procedimientos Civiles de California.

**Artículo 5: Revocación:** Este acuerdo puede revocarse por medio de notificación escrita entregada al médico dentro de un plazo de treinta (30) días de su firma y si no es revocado regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente. La intención de este acuerdo, es que se aplique a todos los servicios médicos efectuados en cualquier momento y por cualquiera condición.

**Artículo 6: Vigencia Retroactiva:** Si el paciente desea que este acuerdo cubra los servicios efectuados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de urgencia), el paciente deberá poner las iniciales de su nombre abajo.

Entra en vigencia en la fecha de los servicios médicos iniciales. \_\_\_\_\_  
Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

En caso de que cualquiera de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje sea declarada inválida o imposible de cumplir, las disposiciones restantes quedarán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquiera de las otras disposiciones.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Mi firma al pie de la página representa mi acuse de recibo de una copia del acuerdo.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A SOMETER CUALQUIER ASUNTO RELATIVO A NEGLIGENCIA MEDICA A UNA DECISION POR ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTA RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O POR JUEZ. VEA EL ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.**

POR: \_\_\_\_\_  
Firma del Médico o Representante Autorizado Fecha  
**SUCAN R. KAWAKAMI, D.O.**

Nombre del Médico, Grupo Médico o Asociación  
en Letra de Molde o Sello

Una copia firmada de este documento debe entregarse al paciente.  
El original deberá archivar con el expediente médico del paciente.

POR: \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente Fecha

POR: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en Letra de Molde

POR: \_\_\_\_\_  
Si es representante del paciente, nombre en Letra de Molde  
y relación al paciente.

## Laboratory tests, X-rays and Authorizations

I understand that any laboratory test requests, x-ray/imaging requests, authorizations obtained for me are EXTREMELY important for my health and that I will follow up on them in a timely manner, so as not to delay treatment or diagnosis. If I do not receive notification of my laboratory results, x-ray results, or authorizations within 2 weeks, I will call the doctor's office.

*Yo entiendo que cualquier examen de sangre estudio de radiografias, o autorizacion que sea obtenido para mi, es EXTREMAMENTE importante para mi salud. Voy a seguir al tanto de mis estudios o autorizaciones para no prolongar mi tratamiento o diagnostico. Si no recibo notificacion de mis resultados del laboratorio, rayo-x, o autorizacion en 2 semanas, llamare a ,o doctor.*

## Change of Information

If I have change in my phone numbers, address, name or insurance information, I will call or write immediately to notify the doctor's office.

*Si tengo cambio de telefono, direccion, nombre, o aseguranza, llamare a mi doctor inmediatamente.*

\_\_\_\_\_  
Signature/ Firma

\_\_\_\_\_  
Print Name/ Nombre en molde

\_\_\_\_\_  
Date/ Fecha

**Susan R. Kawakami, D.O.**  
**8556 Florence Avenue**  
**Downey, CA 90240**  
**(562) 861-0101**

**Dr. Susan R. Kawakami D.O**  
**8556 Florence Ave,**  
**Downey, Ca 90241**

I am aware that I'm responsible to bring my co-payment (CASH ONLY) at the time of visit. \_\_\_\_\_ (initial)

I am also responsible for providing the physician with a list of my medications to assist with my healthcare. \_\_\_\_\_ (initial)

I am also aware and responsible for canceling/rescheduling 24 hrs in advance or a charge of \$ 25.00 will apply or be billed to me the patient. \_\_\_\_\_ (initial)

Yo soy responsable de dar mi pago de co-payment (CASH ONLY) al tiempo de mi visita. \_\_\_\_\_ (inicial)

Yo soy responsable de traer mi lista de medicamentos para asistir en mi cuidado. \_\_\_\_\_ (inicial)

Yo soy responsable en cancelar citas dentro de 24 hrs de la cita original o Habra cobro adicional de \$ 25.00. \_\_\_\_\_ ( inicial)

\_\_\_\_\_  
Signature - Firma

\_\_\_\_\_  
Print name – nombre en molde

\_\_\_\_\_  
Date - Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Yo entiendo que al firmar este documento yo estoy solicitando atención médica y autorizando al médico y sus empleados para que me hagan todas las exámenes, tratamientos y procedimientos diagnósticos que sean requeridos ahora o durante el transcurso del cuidado médico.

Imprima su Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Paciente \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Nombre del Menor \_\_\_\_\_

La personal nombrada arriba es un menor de edad. El Grupo Médico nombrado arriba está autorizado para proveerle tratamiento, aun sin la compañía de nosotros o también si dicho menor viene a la oficina acompañado por un familiar, guardián o cualquier otra persona que traiga este menor para dicho tratamiento.

Fecha \_\_\_\_\_

Padres

Gardian

Testigo \_\_\_\_\_

## ASIGNACION DE BENEFICIOS Y ABOLICION

**ASIGNACION DE BENEFICIOS** Por medio de esta, yo asigno al el grupo médico todos los beneficios disponibles en mis pólizas de seguro con respecto a medicina, obstetricia, cirugía, radiología y servicios de laboratorio.

**ABOLICION** Estoy de acuerdo de que soy responsable por el pago the todos los servicios rendidos por el el grupo médico, si los beneficios disponibles o mi elegibilidad son negados por el seguro (Indemnity) or el Plan de Salud (HMO).

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO ES TAN VALIDA COMO

EL ORIGINAL. \_\_\_\_\_ (INICIALES)

## Acknowledgement

I acknowledge that I received a copy of "Notice of Privacy Practices" from The Medical Office of Dr. Susan Kawakami on \_\_\_\_\_ (date)

Signature \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_

### **AUTHORIZATION TO USE & DISCLOSE HEALTH INFORMATION**

I authorize The Medical office of Dr. S. Kawakami to use and disclose a copy of the specific health and medical information described below regarding:

**(Name of Patient)** print name of patient \_\_\_\_\_

consisting of: medical records

**(Describe information to be used/disclosed here)**

**Name of Recipient:** (Those with whom you want us to share your medical information, e.g. family members) \_\_\_\_\_

for the purpose of:

**(Describe purpose of disclosure here)**

If we are requesting this Authorization from you for our own use and disclosure or to allow another health care provider or health plan to disclose information to us:

- We cannot condition our provision of services or treatment to you on the receipt of this signed authorization;
- You may inspect a copy of the protected health information to be used or disclosed;
- You may refuse to sign this Authorization; and
- We must provide you with a copy of the signed authorization.

You have the right to revoke this Authorization at any time, provided that you do so in writing and except to the extent that we have already used or disclosed the information in reliance on this Authorization.

This authorization effective date: \_\_\_\_\_ expiration date \_\_\_\_\_

I have reviewed and I understand this Authorization. I also understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected under federal law.

By: \_\_\_\_\_  
(Patient)

Date: \_\_\_\_\_

Or By: \_\_\_\_\_  
(Patient's Representative)

Date: \_\_\_\_\_

Description of Representative's Authority \_\_\_\_\_

**Dr. Susan Kawakami**  
**NOTIFICACIÓN CONJUNTA SOBRE**  
**PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD**  
En efecto desde el 1 de noviembre del 2005

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y  
DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO  
USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

## **POR FAVOR LÉA LA CON ATENCIÓN.**

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, llame al Funcionario de Confidencialidad al (562)861-0101. Esta NOTIFICACIÓN se le provee en nombre de **Dr. Susan Kawakami**, los miembros de su personal médico contratados independientes incluido(s) su(s) médico(s), y otros profesionales de la medicina asociados de la oficina. Cada profesional independiente ha acordado, por separado, según lo permite la ley, compartir la información médica sobre usted con los demás profesionales para ocuparse de cuestiones relacionadas con su tratamiento, pagoo actividades de atención médica. Al compartir esta información podemos atender mejor a sus necesidades médicas. Cada profesional ha convenido, por separado, en cumplir con las disposiciones de esta NOTIFICACIÓN en relación con la información creada o recibida como parte de su tratamiento. Los médicos que brindan servicios médicos en este oficina trabajan independientemente por su cuenta bajo contrato y no son agentes, servidores o empleados de la oficina.

### **QUIENES CUMPLIRÁN CON ESTA NOTIFICACIÓN:**

Esta notificación describe las practicas de la oficina y las de:

- Todo profesional de la salud autorizado a asentar esta información en su historia clínica en la oficina.
- Todo miembro de un grupo de voluntaries a quien nosotros permitimos que le proporcione asistencia durante su estadía en este oficina.
- Todos los empleados, el plantel y demás personal.

### **NUESTRA PROMESA SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA:**

Comprendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en la oficina. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación se refiere a todos los registros de su atención generados por la oficina, ya sea por el personal de la oficina o por su médico particular. Es posible que su médico particular tenga distintas políticas con respecto al uso y divulgación de su información médica creada en el consultorio o la clínica del médico.

Esta notificación le informará las formas en qué podemos usar y divulgar información médica sobre usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

La ley nos exige que:

- Nos aseguremos que la información médica que lo identifica a usted se mantenga privada.
- Le demos esta notificación sobre nuestros deberes legales y practices sobre confidencialidad con respecto a la información médica referente a usted.
- Cumplamos los terminos de la notificación vigente.

Las siguientes categorías describen distintas maneras en que usamos y revelamos información médica.

Explicaremos lo que queremos decir con respecto a cada categoría y procuraremos darle algunos ejemplos.

No se incluirán todo los usos y formas de divulgación correspondientes a cada categoría.

Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información pertenecerán a alguna de estas categorías.



- Para administrar tratamiento. Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina o otros empleados de la oficina que participan en su atención en la oficina. Por ejemplo, un médico que lo atiende por una fractura puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede prolongar su tratamiento. Además, el médico puede necesitar decirle al dietista que usted sufre de diabetes para que puede ordenar comidas apropiadas. Otros departamentos de la oficina también comparten información médica sobre usted a fin de coordinar sus diferentes requisitos, como medicamentos recetados, análisis y radiografías. También podemos divulgar información médica sobre usted a persona ajenas la oficina que participan en su atención médica después de que usted salga de la oficina, coma atención médica a domicilio, familiares, miembros del clero o otras personas que utilizamos para que le proporcionen servicios que forman parte de su atención.
- Para el pago. Podemos usar y divulgar información médica referente a usted la facturación del tratamiento y los servicios que recibe en la oficina y que los cargos se le puedan cobrar a usted, su seguro médico o un tercero. Por ejemplo, es posible que sea necesario suministrar información a su plan de seguro médico sobre una operación que se le practicó en la oficina para que su plan de seguro nos pague o le reembolse a usted por la cirugía. También podemos informar a su plan salud acerca de un tratamiento que usted está por recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted a otros profesionales de la salud que intervienen en su atención a fin de permitirles recibir pago por los servicios prestados.
- Para actividades de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica referente a usted para llevar a cabo actividades de la oficina. Es necesario usar y divulgar cierta información para que la oficina funcione y para asegurarnos que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica para estudiar el tratamiento y los servicios que brindamos y para evaluar el desempeño y ver en qué áreas de la atención y los servicios que ofrecemos podemos mejorar. Podemos eliminar la información que lo identifique de esta información médica para que otras personas puedan usarla para estudiar atención médica y servicios de atención médica sin divulgar la identidad de pacientes específicos.
- Recordatorios de citas. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para un tratamiento o atención médica en la oficina.
- Alternativas al tratamiento. Podemos usar y divulgar información médica para informarle o Recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que podrían interesarle.
- Personas que según usted intervienen en su atención o en el pago de su atención y en Circunstancias de ayuda ante desastres. Podemos suministrar información médica pertinente Sobre usted directamente a un amigo o familiar que interviene en su atención médica. También podemos suministrar información a personas o entidades que contribuyen a pagar por su atención médica. A menos que recibamos un pedido escrito que indique lo contrario, también podemos informar a sus familiares o amigos sobre su estado de salud y decirles que está internado en la oficina. Además, es posible que le proporcionemos información médica sobre usted a alguna entidad que asista en un esfuerzo de ayuda en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estado y locación.

### **Investigación:**

1. Según lo requiera la ley. Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales. Esto incluye, sin limitación, información sobre diagnósticos y tratamientos de cáncer al Registro Estatal sobre Cáncer, el cual podría comunicarse con usted sobre un diagnóstico

de cáncer o una solicitud para participar en un estudio de investigación que ha sido identificado como provechoso a los efectos de salud pública, notificación sobre ciertas enfermedades al Departamento de Servicios de Salud, ciertos defectos de nacimiento al Programa de Defectos de Nacimiento de California.

2. Para evitar una seria amenaza para la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información médica referente a usted cuando sea necesario para evitar una seria amenaza para la salud y la seguridad del público o de otra persona. La información, no obstante, será entregada sólo a quien sea capaz de impedir la amenaza.

## SITUACIONES ESPECIALES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

- Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de un órgano, podemos proporcionar información a organizaciones que se ocupan de la búsqueda de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de órganos donados, según sea necesario, a fin de facilitar la donación y el trasplante de órganos.
- Personal militar y veteranos. Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos suministrar información médica sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras que correspondan.
- Seguro de accidentes de trabajo. Podemos suministrar información médica sobre usted al programa de seguro de accidentes de trabajo u otros similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades relacionadas con la salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  1. Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
  2. Informar sobre nacimientos y defunciones
  3. Informar sobre el maltrato o abandono de niños, ancianos y adultos dependientes
  4. Notificar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos
  5. Informar a la población sobre retiro del mercado de productos que puedan estar usando
  6. Notificar a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda tener Riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o trastorno.
  7. Notificar a las autoridades gubernamentales pertinentes si creemos que un paciente ha sido víctima de malos tratos, abandono o violencia doméstica. Sólo divulgaremos información en este caso si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.
- Actividades de supervisión de servicios de salud. Podemos suministrar información médica a organismos de supervisión de los servicios de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda supervisar el sistema de salud y los programas del gobierno, y para verificar que se cumplan las leyes sobre derechos civiles.
- Demandas y disputas. Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos suministrar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos suministrar información médica sobre usted en respuesta a una citación judicial, solicitud de revelación u otros procesos judiciales por parte de otra persona involucrada en una disputa, pero sólo si han procurado avisarle a usted sobre el pedido en cuestión (lo que puede incluir una notificación por escrito enviada a usted) o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
- Cumplimiento de la ley. Podemos suministrar información médica, si nos lo pide alguna autoridad policial o judicial:
  1. En respuesta a una orden, citación mandamiento o emplazamiento judicial, o proceso similar;
  2. Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;

3. Acerca de la víctima de un delito, si, bajo circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
  4. Acerca de una conducta criminal en la oficina;
  5. En circunstancia de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- Forenses, investigadores médicos y empresarios de funerarias. Podemos entregar información médica a un médico forense o investigador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos suministrar información médica sobre pacientes de la oficina a empresarios de funerarias según sea necesario para desempeñar sus funciones.
  - Actividades de seguridad nacional y de servicios de inteligencia. Podemos entregar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades relacionadas con la seguridad nacional autorizadas por la ley.
  - Seguridad nacional y actividades de inteligencia. Podemos suministrar información médica sobre usted a funcionarios federales para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de Estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.
  - Reclusos. Si está recluso en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario policial o judicial, podemos suministrar información médica sobre usted a la institución correccional o funcionario policial. Suministrar la información sería necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) por la protección y la seguridad de la institución correccional.

## **SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención médica. Por lo general, esto incluye la historia clínica y los expedientes de facturación, pero puede no incluir cierta información sobre salud mental.

**Podemos negarle su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas.**

**Si se le niega acceso a la información médica, puede pedir que se vuelva a estudiar la negativa.**

**Otro profesional de la salud acreditado elegido por la oficina revisará su pedido y la negativa.**

**La persona que realice esta revisión no será la misma persona que le denegó su pedido.**

**Acataremos el resultado de dicha revisión.**

- Derecho de corrección. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la corrijamos. Tiene derecho a solicitar una corrección siempre que la información permanezca en manos de la oficina. Se puede obtener un formulario con este fin.

**Para solicitar una corrección, debe hacerlo por escrito y presentarlo ante el funcionario de confidencialidad. Además, debe proporcionar un motivo que respalde la solicitud.**

Podemos denegar un pedido de corrección si no hace escrito o no incluye un motivo lo respalde.

Además, podemos denegarle su pedido de corregir información que:

1. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la corrección;
  2. No forma parte de la información médica que mantiene la oficina;
  3. No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar a usted;
  4. Es exacta y completa.
- Derecho recibir confidencialidad sobre la información divulgada. Usted tiene derecho a solicitar una "confidencialidad de la información divulgada". Esto es una lista de las ocasiones en que se reveló información médica sobre usted excepto cuando fue para nuestros propios usos con fines de tratamiento, pago y actividades de atención médica, tal como se describen previamente

dichas funciones.

Para solicitar esta lista de las instancias en que se reveló información, debe hacerlo escribiendo al **Dr. Susan Kawakami, Priváís Office**. Debe indicar un período específico, el cual no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas previas al 1 de noviembre de 2005. Debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, impresa o electrónica). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Si solicita listas adicionales, le cobraremos por el Costo de proveérsela. Le notificaremos cuál es el costo y usted puede entonces decidir retirar o modificar su pedido antes de incurrir costos. Puede obtener un formulario con este fin en el departamento arriba mencionado.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a asuntos médicos en una cierta manera o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted solamente llamando al trabajo o por correo.

**Para solicitar comunicaciones confidenciales después de su atención, debe solicitarlo por escrito.**

**No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Cumpliremos con todos los pedidos razonables.**

**Su pedido debe especificar cómo o adónde desea que nos comuniquemos con usted. Puede obtener un Formulario con este fin en el departamento arriba mencionado.**

Derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Puede pedirnos que le demos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aun si ha convenido en recibir esta notificación por vía electrónica, igualmente tiene derecho a recibir una copia impresa de la misma.

**Para obtener una copia impresa de esta notificación, puede solicitar una copia en persona**

**Durante el horario de atención normal.**

## **CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN**

- Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación. Nos reservamos el derecho de que la notificación revisada o modificada tenga efectividad sobre la información médica que ya tenemos sobre usted así como sobre cualquier información que recibamos en el futuro. Se pegará a la vista en la oficina una copia de la notificación en vigencia. La notificación contiene la fecha de efectividad en la esquina superior derecha de la primera página. Además, cada vez que se registre o interne en la oficina para recibir tratamiento o servicios de salud como paciente interno o externo, le ofreceremos una copia de la notificación vigente en ese momento.

## **QUEJAS**

Se cree que se han infringido sus derechos a la confidencialidad, puede presentar una queja ante a la oficina. Comuníquese para el funcionario de confidencialidad de HIPAA al 562-861-0101.

Presente una queja por escrito al Funcionario de Confidencialidad al 8556 Florence Ave. Downey CA 90240

Todos las quejas deben ser presentadas por escrito.

**No se le penalizará una queja.**

## **OTROS USOS DE AUTORIZACIONES PARA UTILIZAR INFORMACIÓN MÉDICA .**

Los usos o divulgación de información médica que están abarcados por esta notificación o las leyes que nos rigen se llevarán a cabo sólo con autorización escrita de usted. Si nos autoriza a utilizar o divulgar información médica sobre usted, usted puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información médica usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Debe comprender que no podemos anular las revelaciones que ya se han hecho con su autorización, y que se nos exige retener la documentación de la atención que le proporcionamos.