

Dr. Simon Fishman | Dra. Natalia Kayloe | Dr. Neal Maru | Dr. Richard Pergolizzi, Jr | Dra. Tracy Fulton | Courtney Barrett, ACNP | Leslie Hudson, PA

### Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inic. segundo nombre

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método preferido de contacto (puede marcar más de uno):

Teléfono particular  Teléfono celular  Correo electrónico

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otro

Raza:  Indoamericano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano

Blanco  Isleño del pacífico o nativo de Hawái.

Origen étnico:  Hispano  No hispano  No responde

Idiomas: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor que deriva: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_  
Nombre Ciudad Código postal

Dr. Simon Fishman | Dra. Natalia Kayloe | Dr. Neal Maru | Dr. Richard Pergolizzi, Jr | Dra. Tracy Fulton | Courtney Barrett, ACNP | Leslie Hudson, PA

### Información del seguro

Seguro primario: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inic. segundo nombre

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el titular de la póliza:  Misma persona  Cónyuge  Hijo  Otro

¿Tiene un seguro secundario?  Sí  No Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información.

Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inic. segundo nombre

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el titular de la póliza:  Misma persona  Cónyuge  Hijo  Otro

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

Dr. Simon Fishman | Dra. Natalia Kayloe | Dr. Neal Maru | Dr. Richard Pergolizzi, Jr | Dra. Tracy Fulton | Courtney Barrett, ACNP | Leslie Hudson, PA

### **Autorización para divulgación de historias clínicas a Integrated Neurology Services**

Con mi firma en este formulario, autorizo la divulgación de mi información de salud confidencial mediante la entrega de mis historias clínicas o un resumen o descripción de mi información de salud protegida a Integrated Neurology Services.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La información que usted puede divulgar en relación con este formulario de autorización de divulgación firmado es la siguiente:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución               | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorios  | <input type="checkbox"/> Informe de EMG |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología           | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos | <input type="checkbox"/> Informe de EEG |
| <input type="checkbox"/> Resultados del estudio del sueño | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ |   |

Divulgar mi información de salud protegida al siguiente médico, persona, centro, entidad o a aquellos directamente asociados con mi atención médica:

Integrated Neurology Services  
Dr. Simon Fishman; Dr. Neal Maru; Dra. Natalia Kayloe; Dra. Tracy Fulton; Dr. Richard Pergolizzi Jr.;  
Leslie Hudson, PA; Courtney Barrett, ACNP  
6355 Walker Lane Suite 313 Alexandria, VA 22310  
Teléfono: 703-313-9111  
Fax: 703-313-4945

El propósito o razón de esta divulgación de información es la siguiente:

- Por solicitud de la persona para la continuación de la atención.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o el representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o el representante personal en  
letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Mediante mi firma en este formulario, autorizo a Integrated Neurology Services a divulgar información de salud confidencial sobre mí mediante la entrega de una copia de mis historias clínicas o un resumen o descripción de mi información de salud protegida al médico, persona, centro o entidad indicado anteriormente.

## Consentimiento general para el tratamiento y garantía de pago

### Consentimiento para la evaluación y el tratamiento

Tengo una afección que requiere de atención ambulatoria, lo que incluye procedimientos de diagnóstico y de laboratorio, así como tratamiento médico por parte del médico, de los auxiliares del médico y el personal del consultorio. Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y sé que los resultados de los tratamientos no pueden ser garantizados. **Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

### Responsabilidad del pago

En relación con los servicios prestados por Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites, comprendo y reconozco lo siguiente: (1) Soy responsable financieramente por los cobros de todos los insumos y servicios proporcionados que no estén cubiertos por un tercero pagador; (2) reconozco que si no se recibe el pago por cualquier saldo que sea responsabilidad del paciente dentro de 90 días, me derivarán a una agencia de cobranza para cobrar cualquier deuda pendiente y que la deuda podría ser informada a las oficinas de crédito; (4) no haré válida ninguna reclamación relacionada con que se me haya liberado de responsabilidad en ausencia de un acuerdo expreso por escrito de lo contrario y (6) en caso de que se presente un litigio por no pagar los cobros, acepto pagar todos los gastos en los que hayan incurrido Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites debido a este litigio, lo que incluye honorarios razonables de abogados y de testigos expertos en medicina. **Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

### Pacientes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales y HMO

Si el pagador del seguro de atención de salud exige una autorización o una derivación para el tratamiento y yo no la obtengo o no verifico que fue recibida antes de mi cita en Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites, mi cita será reprogramada. Entiendo que para los pagadores de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales, Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites tendrán que recibir una derivación activa del liquidador de la reclamación del pagador; si no la obtengo o no verifico que fue recibida antes de mi cita en Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites, mi cita será reprogramada. **Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

### Acuerdo de cobro por cancelación o inasistencia:

Comprendo que hay veces en las que no puedo asistir a una cita debido a emergencias u otras obligaciones. Sin embargo, comprendo que si no me comunico con un empleado de INS para cancelarla al menos 48 horas antes de la hora de mi cita, reconozco que me cobrarán una tarifa de \$50.00 por cancelación o inasistencia por una cita normal de neurología. Comprendo que si no realizo mi cancelación con un empleado de INS al menos 48 horas antes de la hora de mi cita, para los siguientes tipos de citas: procedimientos de intervención o radiología, bótox, baclofeno, infusión, estudios del sueño, EMG (electromiograma), NCS (estudio de conducción nerviosa) o EEG (electroencefalograma), me cobrarán una tarifa de \$200 por cancelación o inasistencia. Si me facilitan un dispositivo para pruebas del sueño en el hogar y no lo devuelvo en 48 horas, reconozco que me cobrarán \$100.00 por día hasta que lo devuelva. Si no lo devuelvo en 2 semanas, reconozco que me cobrarán \$2,500.00 por la máquina. **Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

### Consentimiento implícito y control de recetas médicas

Comprendo que, de conformidad con la ley de Virginia, si alguna persona contratada o bajo la dirección y control de Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites o cualquier otro proveedor de atención de salud se expone directamente a mis líquidos corporales mientras me examina o me trata de tal manera que se pueda contagiar el VIH, la hepatitis B o la hepatitis C, se entenderá que he dado mi consentimiento para someterme a un examen para detectar infecciones por VIH, hepatitis B o hepatitis C, así como también para divulgar los resultados del examen a la persona expuesta. Comprendo que Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites participan en el Programa de Control de Recetas Médicas de Virginia (Virginia Prescription Monitoring Program). Esto significa que las personas que recetan los medicamentos en este consultorio pueden solicitar información del programa en relación con las recetas médicas que me han surtido anteriormente. Puedo pedirle más información acerca del programa a mi proveedor de atención de salud o visitar el sitio web en [https://www.dhp.virginia.gov/dhp\\_programs/pmp/](https://www.dhp.virginia.gov/dhp_programs/pmp/).

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

### Comunicaciones de la empresa

Autorizo a Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites a comunicarse conmigo para fines de mejorar su desempeño, como, por ejemplo, para realizar encuestas de satisfacción del paciente. Además, mediante la entrega de mi número de teléfono particular, celular o inalámbrico y mi dirección de correo electrónico a Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites, autorizo el uso de un sistema automático de llamadas telefónicas para comunicarse conmigo a mi número de teléfono particular, celular o inalámbrico y mi dirección de correo electrónico para fines de comunicaciones habituales de la empresa, como recordatorios de citas, consultas de facturación o cobranza de deudas.

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente	Fecha	Relación con el paciente	
6355 Walker Lane Suite 313 Alexandria, VA 22310	7115 Leesburg Pike Suite 201 Falls Church, VA 22043	9010 Lorton Station Blvd Suite 220 Lorton, VA 22079	12007 Sunrise Valley Dr. Suite 120 Reston, VA 20191

Dr. Simon Fishman | Dra. Natalia Kayloe | Dr. Neal Maru | Dr. Richard Pergolizzi, Jr | Dra. Tracy Fulton | Courtney Barrett, ACNP | Leslie Hudson, PA

## HIPAA

Indíquenos con quienes podemos analizar y divulgar su información de salud protegida.

Escriba en letra de imprenta los nombres de las personas a las que nos autoriza divulgar su PHI (información de salud protegida)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación autoriza la divulgación de mi información médica personal a cualquier especialista al que yo pueda ser derivado y el procesamiento de solicitudes o reclamaciones del seguro, recetas médicas y exámenes de laboratorio.

Comprendo que según la Ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud) tengo ciertos derechos de privacidad relacionados con mi información de salud protegida. Comprendo que esta información puede usarse para lo siguiente:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los distintos proveedores de atención de salud que podrían participar en dicho tratamiento de forma directa o indirecta.
- Obtener los pagos de terceros pagadores.
- Realizar operaciones habituales de atención de salud, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o la parte responsable                      Fecha                      Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo                      Fecha

### **Declaración de prácticas de privacidad: Acuse de recibo**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Declaración de Privacidad (Notice of Privacy Statement) de este consultorio, el que contiene una descripción completa de los usos y las divulgaciones de mi información de salud y que todas las consultas que tenía fueron respondidas por el personal del consultorio. Comprendo que puedo solicitar por escrito que ustedes restrinjan el uso y la divulgación de mi información de salud protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. También comprendo que ustedes no tienen la obligación de aceptar las restricciones que yo solicite, pero si las aceptan, deben respetar dichas restricciones.

\_\_\_\_\_  
Firma                      Fecha                      Relación con el paciente

**Antecedentes médicos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Razones para la consulta neurológica: \_\_\_\_\_

**Síntomas actuales (Antecedentes de salud):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza   |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos   | <input type="checkbox"/> Mareos  |
| <input type="checkbox"/> Aumento o baja de peso                                      | <input type="checkbox"/> Adormecimiento o sensación de hormigueo (¿Dónde? _____) |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la vista, dolor ocular                           | <input type="checkbox"/> Dolor (¿Dónde? _____)                                   |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición, zumbido en los oídos, dolor de oído | <input type="checkbox"/> Confusión o pérdida de la memoria                       |
| <input type="checkbox"/> Congestión sinusal, escurrimiento nasal o estornudos        | <input type="checkbox"/> Temblores (¿Dónde? _____)                               |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho, palpitaciones                            | <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar o tragar                       |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar, silbidos cuando respira           | <input type="checkbox"/> Cambios en el habla                                     |
| <input type="checkbox"/> Diarrea, estreñimiento o vómito                             | <input type="checkbox"/> Desequilibrio   |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal   | <input type="checkbox"/> Debilidad (¿Dónde? _____)                               |
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido   | <input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal o urinaria                     |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de las piernas                                    | <input type="checkbox"/> Dolor muscular o articular                              |
| <input type="checkbox"/> Moretones, sangrado   | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir, ronquidos                        |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío                             | <input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión                                    |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia o urgencia urinaria                              | <input type="checkbox"/> Otros (especifique):                                    |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido  |  |

**Antecedentes médicos (marque todos los que correspondan):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido o ERGE                      | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza               |
| <input type="checkbox"/> VIH o SIDA                                | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas              |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                               | <input type="checkbox"/> Problemas en las válvulas cardíacas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer o demencia        | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C                     |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                    | <input type="checkbox"/> Herpes                              |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma                                 | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial               |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad                     | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                     |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                  | <input type="checkbox"/> Trastorno de las articulaciones     |
| <input type="checkbox"/> Asma                                      | <input type="checkbox"/> Trastorno de los riñones            |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular                     | <input type="checkbox"/> Trastorno del hígado                |
| <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia                         | <input type="checkbox"/> Lupus                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas o dolor de espalda              | <input type="checkbox"/> Migrañas                            |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico                     | <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo leve            |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre                         | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple                 |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad muscular                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (¿qué tipo? _____)                 | <input type="checkbox"/> Neuropatía                          |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la arteria carótida            | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                        |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                                 | <input type="checkbox"/> Marcapasos                          |
| <input type="checkbox"/> Fatiga crónica                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson             |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico (¿dónde? _____)             | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica      |
| <input type="checkbox"/> Conmoción                                 | <input type="checkbox"/> Neumonía                            |
| <input type="checkbox"/> Trastorno o defectos cardíacos congénitos | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático   |
| <input type="checkbox"/> EPOC                                      | <input type="checkbox"/> Herpes zóster                       |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                 | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                     |
| <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario                     | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular           |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                                 | <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias               |
| <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil                        | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides            |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                        |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                                  | <input type="checkbox"/> Otro                                |
| <input type="checkbox"/> Gota                                      |  |

### Continuación de antecedentes médicos

Cirugías previas (incluya la fecha o el año):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** ¿Alguien en su familia (**Especifique el familiar**) ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

- Alcoholismo – Relación: \_\_\_\_\_
  - Enfermedad de Alzheimer o demencia – Relación: \_\_\_\_\_
  - Aneurisma – Relación: \_\_\_\_\_
  - Ansiedad – Relación: \_\_\_\_\_
  - Coágulo de sangre – Relación: \_\_\_\_\_
  - Tumor cerebral – Relación: \_\_\_\_\_
  - Depresión – Relación: \_\_\_\_\_
  - Diabetes – Relación: \_\_\_\_\_
  - Ataque al corazón – Relación: \_\_\_\_\_
  - Hipertensión arterial – Relación: \_\_\_\_\_
  - Colesterol alto – Relación: \_\_\_\_\_
  - Migrañas – Relación: \_\_\_\_\_
  - Esclerosis múltiple – Relación: \_\_\_\_\_
  - Enfermedad muscular – Relación: \_\_\_\_\_
  - Neuropatía – Relación: \_\_\_\_\_
  - Enfermedad de Parkinson – Relación: \_\_\_\_\_
  - Convulsiones – Relación: \_\_\_\_\_
  - Accidente cerebrovascular – Relación: \_\_\_\_\_
  - Enfermedad de la tiroides – Relación: \_\_\_\_\_
  - Otra – Relación: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Medicamentos:

Nombre del medicamento	Dosis	Hora	N.º de veces por día	Médico que receta

### Continuación de antecedentes médicos

Alergias a medicamentos (incluya el tipo de reacción):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Antecedentes sociales:

- Fumar:  Nunca
- Exfumador (¿cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_)
- Fumador (¿Cantidad? \_\_\_\_\_)

- Alcohol:  Nunca
- Exbebedor (¿cuándo dejó de beber? \_\_\_\_\_)
- Consumo actual (n.º de tragos por semana \_\_\_\_\_)

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



**¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?:**

- Ronquido     Exceso de somnolencia durante el día     Movimiento de las piernas durante el sueño  
 Dificultad para quedarse dormido     Dificultad para mantenerse dormido  
 Se despierta demasiado temprano     Ha presenciado episodios de apnea     Hipertensión arterial

¿Se ha sometido alguna vez a una evaluación del sueño o a un estudio del sueño durante la noche?

- SÍ                       NO

Si la respuesta es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_

(Si es posible, proporcione una copia del informe del estudio del sueño anterior)

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Alguna vez le han diagnosticado apnea?   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿IMC superior a 35?                       | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Mayor de 50 años?                        | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Circunferencia del cuello superior a 40? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

**CUESTIONARIO DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH:**

¿Cuál es la probabilidad de que dormite o se quede dormido en las 8 situaciones que se describen a continuación, en comparación con solo sentirse cansado? Esto se refiere a su estilo de vida habitual en el último tiempo.

Use la siguiente escala para elegir el número más adecuado para cada situación:

- 0** = nunca dormiría  
**1** = probabilidad leve de dormir  
**2** = probabilidad moderada de dormir  
**3** = probabilidad alta de dormir

SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE DORMITAR			
Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo televisión	0	1	2	3
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o	0	1	2	3
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin	0	1	2	3
Recostado para descansar en la tarde cuando las circunstancias	0	1	2	3
Sentado y conversando con alguien	0	1	2	3
Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	0	1	2	3
En un auto, mientras se detiene unos minutos en el tráfico	0	1	2	3

TOTAL = \_\_\_\_\_/24

## Aviso de prácticas de privacidad

**Lea atentamente este aviso, ya que describe su información de salud, la forma en se puede usar o divulgar y la forma en que usted puede obtener acceso a ella.**

**La privacidad de su información de atención de salud es importante para nosotros.**

---

### Responsabilidad legal de nuestro consultorio

Las leyes federales y estatales exigen que le proporcionemos este aviso en relación con la protección de su información privada de atención de salud. También tenemos la obligación de entregarle este aviso sobre nuestras políticas y procedimientos de privacidad, sus derechos en relación con su información de atención de salud y nuestras responsabilidades legales. Esta política de privacidad entra en vigor inmediatamente y estará vigente hasta que nuestro consultorio la reemplace. Debemos seguir las prácticas de privacidad establecidas en este aviso.

El consultorio tiene derecho a modificar esta política en cualquier momento, siempre y cuando los cambios se hagan de conformidad con las leyes vigentes. Los cambios importantes derivarán en el reemplazo del aviso y el nuevo aviso estará disponible, previa solicitud. Si usted tiene preguntas relacionadas con nuestras políticas de privacidad o si desea recibir una copia de este aviso, comuníquese con nuestro consultorio con la información de contacto que aparece al final de este aviso o solicite una copia en el consultorio.

**Usos y divulgaciones de la PHI:** Su PHI se usa y divulga para fines de tratamientos pago y operaciones de atención de salud, como por ejemplo las siguientes:

**Tratamiento:** Nuestro consultorio puede usar o divulgar su información de atención de salud a un médico u otro proveedor de atención de salud que le proporcione tratamiento.

**Pago:** Nuestro consultorio usará y divulgará su información de atención de salud para obtener pagos por los servicios que le han prestado. Si usted no paga el saldo pendiente, su PHI será divulgada a la empresa que nos presta servicios de cobranza de deudas pendientes mediante una agencia de cobranza.

**Operaciones de atención de salud:** Nuestro consultorio usará y divulgará su información de atención de salud relacionada con nuestras operaciones de atención de salud. Estas operaciones son, entre otras, las siguientes: evaluación y revisión de profesionales de la salud, revisiones de calidad, evaluaciones, actividades de mejoramiento y capacitación, actividades de autorización y documentación y programas de certificación y acreditación.

**Su autorización:** Además de los usos anteriores de su información de atención de salud, usted tiene derecho a darnos autorización por escrito para usar o divulgar su información privada de atención de salud a cualquier persona por cualquier razón. No divulgaremos su información privada de atención de salud sin su autorización por escrito. Usted tiene permitido revocar la autorización en cualquier momento; sin embargo, esta revocación no incluirá usos o divulgaciones anteriores de esta información que se hayan realizado mientras esta autorización estaba vigente.

**Familiares y amigos:** Su información de atención de salud solo se divulgará a un familiar, amigo u otra persona si usted ha autorizado a nuestro consultorio a hacerlo. Nosotros divulgaremos solo la información necesaria para ayudar con el tratamiento o con el pago de su atención de salud sin su autorización.

**Menores de edad:** Divulgaremos la PHI de menores de edad a sus padres o tutores, a menos que dicha divulgación esté prohibida por ley.

**Investigación:** Podemos usar y divulgar su PHI para fines de investigación; solo lo haremos si la investigación ha sido aprobada especialmente por un consejo de revisión institucional autorizado o un consejo de privacidad que haya revisado el propósito de la investigación y haya establecido un protocolo para garantizar la privacidad de su PHI. Es posible que autoricemos a los investigadores a revisar la PHI para que puedan prepararse para la investigación, por ejemplo, para permitirles identificar a los pacientes que podrían participar en el proyecto de investigación, siempre y cuando no eliminen ni copien la PHI. Podríamos divulgar la PHI para su uso en iniciativas de investigación conjunta entre Integrated Neurology Services, PLLC, Integrated Sleep Services y The Infusion Suites.

**Personas que participan en su atención:** Nuestro consultorio puede usar o divulgar su PHI si es necesario para informar o permitir que se le informe a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, estado de salud general o muerte. Si usted está presente y puede decidir qué información se divulgará y a quién, se le dará la opción. Si usted está incapacitado por una emergencia, usaremos o divulgaremos solo la PHI que consideremos necesaria según nuestro criterio y experiencia profesional para hacer recomendaciones razonables, por su bien, en relación con la autorización para que otra persona retire sus recetas médicas, suministros médicos, radiografías y otras formas similares de información de atención de salud.

**Servicios de marketing relacionados con la salud:** No usaremos su PHI para programas de marketing sin su autorización por escrito.

**Exigido por ley:** Divulgaremos su PHI si así lo exige la ley internacional, federal, estatal o local.

**Maltrato o abandono:** Nuestro consultorio informará a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted ha sido víctima de maltrato, abandono o violencia familiar. Es posible que divulguemos su PHI en la medida necesaria para prevenir o evitar cualquier amenaza grave a nuestra salud o seguridad o las de otras personas.

**Seguridad nacional:** Bajo ciertas circunstancias, podríamos divulgar la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas a oficiales militares. Es posible que divulguemos su PHI de los últimos 6 años, pero no anterior al 14 de abril de 2003, según lo exijan las actividades lícitas de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Si solicita esto más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa razonable por esta solicitud.

**Indemnización por accidentes y enfermedades laborales:** Podemos usar o divulgar la PHI para los programas de indemnización por accidentes y enfermedades laborales u otros similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades laborales.

**Actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar la PHI a un organismo de supervisión de salud para actividades según lo autorizado por la ley. Estas actividades son, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones y actividades similares que son necesarias para controlar los sistemas de atención de salud, los programas gubernamentales, el cumplimiento y las leyes de derechos civiles.

**Fines de aviso de incumplimiento de datos:** Podemos usar o divulgar su PHI para dar avisos legalmente obligatorios sobre el acceso no autorizado a su PHI o la divulgación no autorizada de su PHI.

**Demandas y controversias:** Si usted se ve involucrado en una demanda o controversia, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar la PHI en respuesta a una citación, a una solicitud de divulgación o a otro proceso legal realizado por alguien más involucrado en la controversia, pero solo si se ha hecho todo lo posible para comunicarle de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada. También podemos usar o divulgar la PHI para defendernos en caso de una demanda.

**Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias:** Podemos divulgar la PHI a un juez de instrucción, un médico forense o un director de funeraria para que puedan realizar sus funciones.

**Reclusos:** Si usted es recluso de una institución correccional o se encuentra bajo custodia de un oficial de policía, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de policía si la divulgación es necesaria para que la institución le proporcione atención de salud; para proteger nuestra salud y seguridad y las de los demás, o la seguridad de la institución correccional.

**Socorro en caso de desastre:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de socorro en caso de desastre que necesiten la PHI para coordinar su atención o para informar a familiares y amigos de su ubicación o estado en caso de desastre. Usted tendrá la oportunidad de aceptar o rechazar una divulgación de este tipo.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su PHI para proporcionarle recordatorios de citas, como mensajes en el buzón de voz, correo electrónico, tarjetas postales o cartas.

### Derechos del paciente

**Acceso:** Usted tiene derecho a inspeccionar u obtener copias de su PHI, con limitadas excepciones. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto a la fotocopia. Usaremos el formato solicitado a menos que no esté disponible para nuestro consultorio. Para tener acceso a su información de atención de salud, usted debe hacer la solicitud por escrito. Puede enviar una carta que detalle la solicitud o puede comunicarse con nuestro consultorio para recibir una carta formulario. La información de contacto aparece al final de este aviso. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre las tarifas o si necesita un formulario para solicitar acceso a sus registros.

Dr. Simon Fishman | Dr. Natalia Kayloe | Dr. Neal Maru | Dr. Richard Pergolizzi | Dr. Tracy Fulton | Courtney Barrett, NP | Leslie Hudson, PA

**Informe de divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las solicitudes que se han realizado para divulgar su PHI, ya sea por parte de nuestro consultorio o nuestros socios comerciales para fines distintos al tratamiento, el pago, las operaciones de atención de salud y ciertas actividades durante los últimos 6 años, pero no anteriores al 14 de abril de 2003. Si usted solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa razonable por esta solicitud.

**Restricción:** Usted tiene derecho a solicitar que imponamos restricciones al uso o la divulgación de su PHI. No estamos obligados a respetar las restricciones solicitadas, pero si lo hacemos, aceptaremos su solicitud salvo en situaciones de emergencia.

**Enmienda:** Usted tiene derecho a solicitar que corriamos su información de atención de salud. Reiteramos que su solicitud debe ser por escrito y debe explicar las razones por las que se debe enmendar la información. Tenemos derecho a rechazar esta solicitud bajo ciertas circunstancias según lo indicado por los reglamentos federales relacionados con la HIPAA.

**Aviso electrónico:** Si usted recibe este aviso mediante nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a recibirlo por escrito en nuestro consultorio.

## Preguntas y quejas

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a Kim Hedger, funcionaria de Privacidad de Integrated Neurology Services, PLLC, 6355 Walker Lane, Suite 201 Alexandria, VA 22310 (703) 313-9111 o al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), 200 Independence Avenue S.W. Washington, D.C. 20201 (202) 619-0257 o (877) 696-6775 o visite el sitio web de Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), [www.hhs.gov/ocr/hippa/](http://www.hhs.gov/ocr/hippa/), para obtener más información.

---

En vigor a partir del 01/01/2012, Modificado el 02/09/2017