



Designed for patients with cardiac  
and vascular conditions

Coastal Heart Medical Group, Inc.

2621 S. Bristol St., #108,  
Santa Ana, CA 92704 . Office: (714) 754-1684

12665 Garden Grove Blvd., #203,  
Garden Grove, CA 92843 . Office: (714) 638-2042

Fax: (714) 966-0417

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo información médica puede utilizarse y divulgarse y cómo puede acceder a esta información. Por favor léala cuidadosamente.

Este aviso es efectivo 12/12/2001 hasta nuevo aviso.

**Derecho a aviso:** Como paciente usted tiene el derecho a una notificación adecuada de la utilización y divulgación de su información protegida de salud. Bajo la HIPAA (portabilidad del seguro de salud y accesibilidad actuar). Costa centro Medical Group, inc. Puede usar su información de salud protegida para tratamiento, pago y cuidado de la salud. Tratamiento: podemos utilizar o divulgar su información médica para obtener pago por los servicios prestados. Operaciones de cuidado de la salud-podemos usar y divulgar su información médica con respecto a nuestras operaciones de cuidado de la salud como la calidad de las actividades de evaluación y mejora, revisión de competencia o calificaciones de los profesionales de salud, evaluar los servicios del desarrollo de programas médicos o de formación y acreditación, certificación, licenciamiento y acreditación actividad.

**Autorización:** La mayoría usa y revelaciones que no están en operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud requieren su autorización por escrito. Una vez firmado, usted puede revocar su autorización aunque nuestra oficina en cualquier momento. No pediremos permiso especial para el recibo.

**Emergencias:** En una situación de incapacidad o emergencia, nos dará información sobre su salud a un miembro de la familia o por otra persona responsable en su cuidado, con nuestra ética profesional. Sólo divulgaremos información de salud que se relaciona directamente con la participación de la persona a nuestro cuidado.

**Marketing:** no usaremos su información de salud para la comercialización de comunicaciones sin su autorización por escrito.

**Requerido por la ley:** También podemos utilizar o divulgar su información cuando sea requerida por la ley.

**Abuso o negligencia:** También podemos utilizar o revelar su información a las autoridades apropiadas si creemos que la posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o víctima de otros delitos. Nosotros revelaremos su información a la medida necesaria para notar una grave amenaza para la salud o la seguridad de los demás.

**Seguridad nacional:** También podemos utilizar o divulgar su información a las fuerzas armadas o personal, las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar su información de salud para autorizar a oficiales federales de inteligencia legal, contra inteligencia y otras actividades nacionales. También podemos utilizar o divulgar su información de los presos o pacientes a lo anterior mencionado en las circunstancias respectivas.

**Recordatorios de citas:** También podemos utilizar o divulgar su información médica para recordatorios de cita vía teléfono fax, email o cartas o postales.



Designed for patients with cardiac  
and vascular conditions

Coastal Heart Medical Group, Inc.

2621 S. Bristol St., #108,  
Santa Ana, CA 92704 . Office: (714) 754-1684

12665 Garden Grove Blvd., #203,  
Garden Grove, CA 92843 . Office: (714) 638-2042

Fax: (714) 966-0417

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Conducta de la oficina:** el personal va a decir su nombre en voz alta para identificar y tratar al paciente correctamente y adecuadamente.

**Derechos pacientes:** usted tiene el derecho a restringir la divulgación de uso de información de salud protegida por escrito. La solicitud de restricción puede ser negada si la información se requiere para las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales con respecto a su información protegida de salud. Usted tiene el derecho a inspeccionar y corregir y copiar su información médica. Usted tiene derecho a recibir una cuenta de la divulgación o el uso de su información de salud. Usted tiene derecho a una copia de este aviso de prácticas de privacidad.

**Requisitos legales:** Grupo médico corazón de la costa requiere por ley a mantener la privacidad de su información protegida de salud, estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso, como se indica en la actualidad y se reserva el derecho de cambiar este aviso. Las políticas en cualquier nuevo aviso no estarán en vigor hasta que se publican en este sitio o están disponibles en esta oficina.

**Quejas:** si tienes cualquier queja de cómo se maneja su información de salud le puede presentar una queja por escrito a nuestra oficina. No se tomaron represalias contra en ninguna manera por presentar una queja.

**Contacto:** para obtener más información acerca de las políticas de las prácticas de privacidad de costa centro Medical Group, Inc. Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina en la siguiente dirección o número de teléfono:

2621 S. Bristol St. Suite 108  
Santa Ana, Ca. 92704

Call (714) 754-1684 or email us at [coastalheartmedicalgroup@yahoo.com](mailto:coastalheartmedicalgroup@yahoo.com)



Designed for patients with cardiac  
and vascular conditions

Coastal Heart Medical Group, Inc.

2621 S. Bristol St., #108,  
Santa Ana, CA 92704 . Office: (714) 754-1684

12665 Garden Grove Blvd., #203,  
Garden Grove, CA 92843 . Office: (714) 638-2042

Fax: (714) 966-0417

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Estimado paciente,

Han sido hecho consientes de la utilización y entrega de mi información confidencial y para quien y que es utilizado. También entiendo que tengo derecho a una copia de más detallada notificación con datos específicos.

Me han ofrecido una copia de la notificación de prácticas de privacidad.

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

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

(firma del representante de los pacientes si el paciente es menor de edad)

\* Nota la práctica reserva el derecho a modificar las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

## DOCUMENTACIÓN DEL INTENTO DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se intentó obtener un reconocimiento en \_\_\_\_\_ el reconocimiento no se obtuvo porque:

El paciente fue sometido a tratamiento de emergencia.

El paciente se negó a firmar el reconocimiento.

Other: \_\_\_\_\_

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

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



Designed for patients with cardiac  
and vascular conditions

Coastal Heart Medical Group, Inc.

2621 S. Bristol St., #108,  
Santa Ana, CA 92704 . Office: (714) 754-1684

12665 Garden Grove Blvd., #203,  
Garden Grove, CA 92843 . Office: (714) 638-2042

Fax: (714) 966-0417

## HISTORIA DE SALUD

Por favor de completar y marcar con "X" si padece alguno de los siguientes.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon               | <input type="checkbox"/> nerviosismo / ansiedad   |
| <input type="checkbox"/> Alta pression /baja pression        | <input type="checkbox"/> sangrando excesivo       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulacion            | <input type="checkbox"/> hinchazon de los pies    |
| <input type="checkbox"/> Fiebre rheumatica                   | <input type="checkbox"/> problema del higado      |
| <input type="checkbox"/> hepatitis                           | <input type="checkbox"/> problema vesicular       |
| <input type="checkbox"/> diabetes                            | <input type="checkbox"/> fiebre escarlota         |
| <input type="checkbox"/> alergias                            | <input type="checkbox"/> Malignaciones del cáncer |
| <input type="checkbox"/> problema a respirar o falta aire    | <input type="checkbox"/> sinusitis                |
| <input type="checkbox"/> Problemas alcoholicos?              | <input type="checkbox"/> anemia                   |
| <input type="checkbox"/> Adicción de algún a drogas (ilegal) | <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga       |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                     | <input type="checkbox"/> Mareos                   |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiacion           | <input type="checkbox"/> Gota de artritis         |
| <input type="checkbox"/> tonsillectomy                       | <input type="checkbox"/> sida                     |
| <input type="checkbox"/> latido de Corazon irregulares       | <input type="checkbox"/> problema de tiroides     |

Algunos otros problemas que no hayan sido mencionados:

---

Has sido internado en el hospital? Cuando y donde?

---

Firma y Fecha de hoy:

---