



## Formulario de Información del Paciente

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

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de cita: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_  Hogar  Trabajo  Mobil

¿Podemos dejar mensajes de voz en este número?  Sí  No

Padre / Tutor Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

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

ID #: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

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

SSN: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Médico de referencia (si corresponde): \_\_\_\_\_



## Historial de Salud del Paciente

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

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

### **Historia Médica Familiar**

¿Algún miembro de la familia tuvo (o actualmente tiene) alguna de las siguientes condiciones?

Deficit de Atencion/Hiperactivo:  Sí  No

Colesterol alto:  Sí  No

Asma:  Sí  No

Enfermedad mental:  Sí  No

Constipación crónica:  Sí  No

Sobrepeso u obesidad:  Sí  No

Diabetes:  Sí  No

Problemas tiroideos:  Sí  No

Alta presión sanguínea:  Sí  No

Ataque cardíaco/ derrame cerebral antes de los 50 años:  Sí  No

Tiene algún miembro de la familia:

¿Tuvo un problema cardíaco, un marcapasos o un desfibrilador implantado?  Sí  No

¿Tuvo desmayos inexplicables, convulsiones inexplicables o casi a punto de ahogarse?  Sí  No

¿Murió de problemas cardíacos?  Sí  No

¿Murió del Síndrome de Muerte Súbita Infantil? (SMSL/SIDS)?  Sí  No

¿Tuvo una muerte repentina o inesperada antes de los 50 años?  Sí  No

Altura de la madre: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad en el primer período menstrual: \_\_\_\_\_

Altura del padre: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Inicio de la pubertad:  Temprano  Promedio  Tarde

Indique los hermanos del niño (incluidos los medio hermanos), con sexo y edad: \_\_\_\_\_

## **Historia de Nacimiento del Niño**

Peso del niño al nacer: \_\_\_\_\_ Cuanto midió al nacer: \_\_\_\_\_  
lbs. onzas inches

¿Nació el niño dentro de las 2 semanas de la fecha de parto?  Sí  No

¿La madre experimentó alguno de los siguientes durante el embarazo?

Medicamentos tomados:  Sí  No Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Consumio tabaco:  Sí  No

Consumo de alcohol:  Sí  No

Diabetes gestacional:  Sí  No

35+ lbs. aumento de peso:  Sí  No

Era el niño:

¿Grande para la edad gestacional?  Sí  No

¿Pequeño para la edad gestacional?  Sí  No

¿Alimentado con leche materna, alimentado con biberón o ambos?  Pecho  Biberón  Ambos

¿Introducido alimentos sólidos antes de 4 meses?  Sí  No

¿Algún otro problema en el período de recién nacido?  Ictericia  Alimentación  Respiración  Infección

Otro: \_\_\_\_\_

## **Historia del Desarrollo del Niño**

A qué edad el niño primero:

¿Se puso de pie solo? \_\_\_\_\_ ¿Camino? \_\_\_\_\_ ¿Hablo más de 3 palabras? \_\_\_\_\_

¿En qué grado está el niño actualmente? \_\_\_\_\_ ¿El niño tiene algún problema en la escuela?  No  Sí

En caso afirmativo, describa los problemas: \_\_\_\_\_

¿Asiste su hijo a clases especiales por algún motivo?  No  Sí (enumere la razón) \_\_\_\_\_

### **Historia Médica del Niño**

¿Ha tenido el niño (o tiene actualmente) alguna de las siguientes condiciones?

- |                                  |  |                            |  |
|----------------------------------|--|----------------------------|--|
| Deficit de Atencion/Hiperactivo: | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Infección del corazón      | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anemia:                          | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Soplo cardíaco             | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Asma:                            | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Alta presión sanguínea:    | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Hueso roto/fracturado:           | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Colesterol alto:           | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Constipación crónica:            | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | La enfermedad de Kawasaki: | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Diabetes:                        | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sobrepeso u obesidad:      | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Lesión craneal:                  | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Problemas tiroideos:       | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |

Ha experimentado el niño alguna vez (con o sin ejercicio):

- Dolor en el pecho       Desmayo       Dificultad para respirar

¿Tiene el niño alguna alergia a medicamentos?  No  Sí (enumerar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño alergia a algún alimento?  No  Sí (enumerar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño alguna alergia a algo más?  No  Sí (enumerar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez el niño ha sido hospitalizado?  No  Sí (indique las edades y las razones): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez lo han operado?  No  Sí (indique las edades y las razones): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El niño toma algún medicamento?  No  Sí (indique el nombre del medicamento, año iniciado y dosis):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Usa el niño anteojos, lentes de contacto o tiene otros problemas de visión?  No  Sí

## **Revisión de Sistemas para Niños**

*Si responde afirmativamente a alguna pregunta, describa y proporcione la duración de cada queja en el espacio provisto. Espacio adicional está disponible al final de esta sección.*

### GENERAL:

¿Ha habido aumento o pérdida de peso recientemente?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Está el niño inusualmente cansado o perezoso?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿El niño se siente demasiado caliente o demasiado frío la mayor parte del tiempo?  No  Sí \_\_\_\_\_

### OJOS:

¿Ha tenido problemas últimamente el niño (por ejemplo, se sienta muy cerca de la televisión)?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha mencionado que tiene visión borrosa o visión doble?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Se le han cruzado los ojos al niño?  No  Sí \_\_\_\_\_

### OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA:

¿El niño ha tenido frecuentes infecciones de oído?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema con la audición?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene congestión nasal continua o hemorragias nasales?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿El niño ronca ruidosamente por la noche?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño dificultad para tragar?  No  Sí \_\_\_\_\_

### PECHO:

¿El niño ha tenido neumonía, tuberculosis o exposición a la tuberculosis?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño tos frecuente?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿El niño se queda sin aire o se cansa fácilmente?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Se queja el niño de que su corazón late con rapidez?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el niño tuvo una convulsión inexplicable?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Alguna vez un médico ha ordenado una prueba cardíaca (ECG / EKG, ecocardiograma)?  No  Sí \_\_\_\_\_

### ABDOMEN:

¿Alguna historia de ictericia amarilla fuera del período neonatal?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño frecuentes deposiciones sueltas o estreñimiento?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Vomita con frecuencia?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño movimientos intestinales sangrientos o muy oscuros?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene dolores estomacales amenudo que aparecen y desaparecen?  No  Sí \_\_\_\_\_

#### TRACTO ORINARIO:

Se orina en la cama frecuentemente?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Orina el niño frecuentemente de día y de noche?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor o ardor al orinar?  No  Sí \_\_\_\_\_

#### PIEL Y PELO:

¿Suda excesivamente ?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene salpullido/ronchas cronicas?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Algún cambio en el color de la piel?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿La textura del cabello es gruesa o se está cayendo?  No  Sí \_\_\_\_\_

#### HUESOS, ARTICULACIONES Y MÚSCULOS:

¿Tiene el niño articulaciones dolorosas, rígidas o hinchadas?  No  Sí \_\_\_\_\_

Ha habido una disminución en la fuerza muscular?  No  Sí \_\_\_\_\_

#### NEUROLÓGICO:

¿Tiene el niño dolores de cabeza frecuentes?  No  Sí \_\_\_\_\_

#### REPRODUCTIVO (SOLO MUJERES):

¿Ha habido sangre o secreciones vaginales?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su primer período? Si es así, ¿a qué edad?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Sus períodos son irregulares o muy dolorosos?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Hay alguna secreción o líquido de los senos?  No  Sí \_\_\_\_\_

#### NOTAS ADICIONALES SOBRE CUALQUIER CONDICIÓN ANTERIOR Y / O OTRAS PREOCUPACIONES MÉDICAS:

---

---

---

## **Estilo de Vida del Niño**

### NUTRICIÓN:

¿Cuántos días a la semana desayuna el niño? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana almuerza el niño? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana el niño compra almuerzo en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana come el niño en restaurante o come comida para llevar? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana la familia cena juntos en casa? \_\_\_\_\_

¿Cuántas porciones (alrededor de 1 taza) de fruta come el niño cada día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas porciones (alrededor de 1 taza) de verduras come el niño cada día? \_\_\_\_\_

¿De las siguientes bebidas cuantas porciones de 8oz bebe el niño en casa?

*Refrescos / té dulce:* \_\_\_\_\_ *Jugo:* \_\_\_\_\_ *Leche entera:* \_\_\_\_\_ *Agua:* \_\_\_\_\_

*2%, 1% o leche descremada:* \_\_\_\_\_ *Bebidas deportivas:* \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana come el niño frente al televisor o la computadora? \_\_\_\_\_

Indique una comida típica consumida por el niño para:

*Desayuno:* \_\_\_\_\_

*Almuerzo:* \_\_\_\_\_

*Cena:* \_\_\_\_\_

Por favor, enumere los alimentos que el niño normalmente come como meriendas después de la escuela o por la noche: \_\_\_\_\_

### ACTIVIDAD FÍSICA:

¿Cuántas horas por día el niño es activo (por ejemplo, caminar, correr, andar en bicicleta, jugar un deporte, bailar, ir al patio de juegos o jugar al aire libre)?

*Menos de 15 minutos*    *15 minutos*    *30 minutos*    *60 minutos*    *Más de 60 minutos*

¿Cuánto tiempo pasa frente a una pantalla como diversion todos los días – fuera de del trabajo escolar (incluyendo TV, computadora, videojuegos, teléfono, tableta)?

*Menos de 1 hora*    *1 hora*    *2 horas*    *3 horas*    *4 horas*    *5 horas*    *Más de 5 horas*

Por favor enumere las actividades favoritas del niño: \_\_\_\_\_

---

---

DORMIR:

¿Cuántas horas suele dormir su hijo cada noche?

*Menos de 6    6    7    8    9    10    11    12    Más de 12*

¿Hay televisión o computadora en el dormitorio del niño?  Sí  No

¿Usa el niño una tableta, teléfono o juegos de video en su habitación antes de acostarse?  Sí  No

PREOCUPACIONES GENERALES DEL PACIENTE / FAMILIA:

¿Le preocupa hoy la salud y el bienestar del niño?  Sí  No

¿Siente que los cambios en la alimentación, la actividad y / o el sueño podrían mejorar su salud?  Sí  No

¿Qué cambios específicos le gustaría discutir con la Dr. Parker en la visita de hoy? \_\_\_\_\_

---

Encierra en un círculo las 3 más importantes:

*Comer más frutas y verduras*

*Beber menos bebidas azucaradas*

*Beber más agua*

*Consumir bocadillos más saludables*

*Ideas para comidas más saludables.*

*No evadir comidas*

*Aumentar la actividad física*

*Establecer objetivos cuando esta en la computadora*

*Dormir mas*

¿Hay algún otro problema relacionado con el estilo de vida o inquietudes que le gustaría platicar con la Dr.

Parker? \_\_\_\_\_

---

---





## Reglas/Normas de la Oficina Médica

¡Gracias por traer a su hijo a Parker Place! Nos esforzamos para que su experiencia sea positiva y apreciamos su cooperación con las reglas de nuestra oficina:

### Horas de Operación

*Práctica médica y gerencia del centro de bienestar:*

De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m.

*Clases del centro de bienestar:*

De lunes a jueves, de 4:30 p.m. a 7:30 p.m.

### Vacaciones y Días Feriados

Nuestra oficina y centro de bienestar estarán cerrados los siguientes días:

Día de Año Nuevo

Día de Martin Luther King, Jr.

Día del Presidente

Día Comemoración de los Caídos

Día de la Independencia

Día del Trabajo

Día de la Raza

Día de los Veteranos (Observado)

Miércoles antes de Acción de Gracias

Día de Acción de Gracias

Viernes después de Acción de Gracias

Nochebuena

Día de Navidad

Vispera de Año Nuevo

### Mal Tiempo

Nuestra oficina y centro de bienestar se obedecen las leyes de funcionamiento de las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel (cierre, apertura diferida o salida temprana) para el primer día de cada evento de mal tiempo. Para los días subsiguientes, Parker Place determinará su estado operativo en función de las condiciones climáticas y la disponibilidad del personal. Llame a nuestra oficina al 410-844-8998 para confirmar si Parker Place está abierto o cerrado en caso de mal tiempo.

### Formularios y Documentación del Paciente

Nuestros formularios de admisión de pacientes se pueden bajar en nuestro sitio web, o nuestro gerente de la oficina puede enviárselas por correo electrónico cuando programe su cita. Por favor traiga sus

formularios completos cuando llegue. Si prefiere completar sus formularios en nuestra oficina, asegúrese de llegar al menos 20-30 minutos antes de la hora programada para su cita.

Además de los formularios de admisión de pacientes, prepárese para proporcionar su tarjeta de seguro actual y una identificación con foto válida. Si usted o su médico de atención primaria tienen alguno de los siguientes documentos relacionados con el motivo de su cita, tráigalos también:

- Resultados de laboratorio
- Imágenes (por ejemplo, radiografías de la edad ósea) en un disco o película, y / o informes relacionados con las imágenes (por ejemplo, informe de la edad ósea, informe de ultrasonido tiroideo, informe de ultrasonido ovárico)
- Tablas de crecimiento
- Cualquier otra documentación relacionada con su problema endocrino

Todos estos documentos pueden ser enviados por fax a nuestra oficina por adelantado, ya sea por usted o por otro proveedor, al 410-224-6946 o pueden ser enviados a la oficina cuando llegue.

### **Tardanzas, Citas Perdidas y Cancelaciones**

Nuestro objetivo es ver a cada paciente a tiempo, y esto requiere que mantengamos un horario de citas preciso. Tenga en cuenta que no tenemos el derecho de reprogramar a cualquier paciente que llegue 15 minutos o más tarde a una cita. Además, si ha elegido no completar sus nuevos formularios de paciente antes de su llegada, debe llegar al menos 20 minutos antes de la hora programada para completar esta documentación, para que el médico pueda verlo a tiempo.

Tenga en cuenta que las citas perdidas (si no se presenta a la cita) tendrán un cargo de \$50 que no se facturará al seguro, sino directamente a la persona responsable.

Si necesita cancelar una cita programada, le pedimos que lo haga no menos de 24 horas antes de la hora de su cita. Las cancelaciones hechas dentro de las 24 horas de la hora de la cita se tratarán como citas perdidas (no se presentan) y pueden incurrir en una tarifa de cita perdida de \$50.

### **Preguntas para el Doctor**

En caso de una emergencia médica, llame al 911. Para cualquier otra pregunta médica durante el horario comercial, no dude en llamar a la oficina al 410-844-8998 y dejar un mensaje con nuestro personal, para que la Dra. Parker pueda devolver su llamada. También puede llamar a este mismo número después de las horas y dejar un mensaje de voz con su número de teléfono. Hacemos todo lo posible para verificar el correo de voz y devolver las llamadas lo más rápido posible el siguiente día de trabajo.

### **Seguro y Pago**

Parker Place acepta la mayoría de los seguros comerciales y planes respaldados por el estado. Para confirmar nuestra participación en su plan, comuníquese directamente con nuestra oficina. Además, esté preparado para proporcionar su tarjeta de seguro médico y su identificación con foto en cada visita para verificarlo.

Usted es responsable de pagar los copagos necesarios al momento de su cita. Nuestra oficina luego presentará un reclamo a su compañía de seguros en su nombre, y cualquier saldo restante (ya sea por reclamos rechazados, servicios no cubiertos o deducibles no satisfechos) se le cobrará a usted. El pago de esta cantidad facturada debe enviarse antes de la fecha de vencimiento indicada en la factura misma. En caso de que se requiera que nuestra oficina realice esfuerzos adicionales de cobranza, usted acepta ser responsable de cualquier tarifa incurrida.

Si no tiene seguro médico, el pago total de nuestros servicios debe ser pagado el día de su cita. Por favor pregunte acerca de nuestro cronograma de tarifas de pago propio.

Tenga en cuenta que, para cualquier otro servicio médico requerido para su diagnóstico o tratamiento (como análisis de laboratorio o imágenes), usted es responsable de pagar a los proveedores de servicios directamente de acuerdo con sus políticas de pago y su plan de seguro.

Para los copagos y otras deudas adicionales, Parker Place acepta la mayoría de tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover y American Express), cheques personales y efectivo.

### **Actualizaciones a las Políticas**

Tenga en cuenta que nuestras reglas se pueden ser revisadas periódicamente según sea necesario. Le notificaremos cualquier cambio de reglas o pólizas y le daremos un documento nuevo actualizado del consultorio médico para que firme en su próxima visita en nuestra oficina. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras reglas, le recomendamos que se comunique con nuestro personal en cualquier momento.

---

Reconozco que he recibido y leído las reglas/normas de la oficina de Parker Place.

Nombre impreso del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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



### **Autorización para la Publicación de Registros por Parker Place a Otros Proveedores**

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

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Como padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, autorizo a la Dra. Elizabeth A. Parker y Parker Place a divulgar los registros médicos de mi hijo, para incluir historiales del pacientes, notas de la oficina (excepto notas de psicoterapia), resultados de exámenes, estudios de radiología, películas , referencias, consultas, registros de facturación, registros de seguros y registros recibidos de otros proveedores de atención médica a los proveedores médicos nombrados a continuación:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PARKER PLACE  
49 Old Solomons Island, Suite 303  
Annapolis, MD 21403  
Phone: 410-844-8998 | Fax: 410-244-6946



### Autorización para Publicación de Registros en Parker Place

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

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Como padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, autorizo a los proveedores nombrados a continuación a divulgar los registros médicos de mi hijo, para incluir historiales del pacientes, notas de la oficina (excepto notas de psicoterapia), resultados de exámenes, estudios de radiología, películas, referencias, consultas, registros de facturación, registros de seguros y registros recibidos de otros proveedores de atención médica, a la Dra. Elizabeth A. Parker de Parker Place:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La documentación solicitada puede ser enviada a la atención del Dr. Parker por fax al 410-224-6946.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Leyes de HIPAA y Aviso de Prácticas de Privacidad

Estimado Padre/Tutor o Paciente,

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Le pedimos que lo revise cuidadosamente.

La práctica ha implementado reglas y procedimientos para que la confidencialidad de su información personal y / o médica esté protegida. Su médico, al igual que todos los empleados que trabajan en esta oficina, mantendrán la información relacionada con usted o su hijo (médica y / o no médica) de manera confidencial.

Para que podamos proporcionarle a usted o a su hijo la atención médica adecuada, para operaciones de práctica general y / o con el propósito de obtener el pago, a nuestra discreción, brindaremos información sobre el tratamiento que usted o su hijo recibieron en esta práctica, los cargos por este tratamiento e información relacionada con el tratamiento y los cargos a otras entidades relacionadas con la salud tales como:

- Proveedores médicos / no médicos (por ejemplo, fisioterapeuta, consejero nutricional, etc.) que trabajan fuera de esta práctica
- Instalaciones médicas (por ejemplo, hospitales y centros para pacientes ambulatorios)
- Laboratorios con el propósito de ejecutar pruebas médicas
- Otros proveedores de atención médica como farmacias, proveedores de equipos médicos duraderos y servicios de ambulancia
- Departamentos de salud escolar
- Enfermeras escolares
- Compañías de seguros (o administradores de terceros) con el propósito de obtener pagos, revisar necesidades médicas y / o administración general de casos
- Agencias estatales o federales que requieren el envío de información específica relacionada con la salud

Esta información se enviará a través del Servicio Postal de EE. UU., Fax, Internet, correo de voz y / o comunicaciones personales.

Es posible que tengamos que comunicarnos con usted, por teléfono, para discutir citas, resultados de las pruebas, tratamiento, referencias, el saldo de la cuenta y / o devolver su llamada telefónica. Le llamaremos al número que ha registrado en nuestra oficina como su número de contacto preferido. Si usted

ha dado permiso de enviarle correos electrónicos seguros de nuestra oficina, podemos enviarle un correo electrónico a la dirección que ha proporcionado. En cualquier mensaje dejado por correo de voz o correo electrónico, podemos pedirle que llame a la oficina o podemos dejar información para recordarle la hora de la cita.

En el caso de que no pague todos sus cargos en el momento de su visita, le enviaremos por correo un cobro a su hogar. Además, dependiendo de su situación, podemos enviarle otras correspondencias a su hogar indicando que estamos tratando de contactarlo con respecto a una cita, tratando de hacer una cita, enviándole por correo la información de resultados de pruebas u otra información médica y / o no médica que usted pueda haber solicitado o información sobre su cuenta para cobrar una deuda.

Podemos comunicarnos con su compañía de seguros para determinar su cobertura, elegibilidad, deducible no cubierto y / o su coseguro y requisito de copago.

Si desea que la información se envíe a otro médico o centro médico, debe autorizar la divulgación de esta información, por escrito (proporcionaremos el formulario necesario para completar) al momento de la inscripción. Además, debe proporcionar una autorización por escrito para divulgar información a su vida, discapacidad o futura compañía de seguros de salud.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de su información de salud, que está protegida y contenida en un conjunto de registros designados mientras mantengamos la información de salud. Un "conjunto de registros designados" contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su médico y la consulta utilicen para tomar decisiones sobre usted. Esto puede no incluir notas de psicoterapia.

Debe presentar su solicitud por escrito al Gerente de la Oficina para inspeccionar y / u obtener una copia de su PHI. Nuestra práctica puede cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío por correo, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Nuestra práctica puede rechazar su pedido de inspeccionar y / o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede solicitar una revisión de nuestro rechazo. Otro profesional de la salud con licencia elegido por nosotros realizará revisiones.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitar que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que ninguna parte de su información de salud protegida se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación según se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar una restricción que puede solicitar. Si su médico cree que es lo mejor para usted permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. Si su médico acepta la restricción solicitada, no podemos usar o divulgar su información de salud protegida en violación de esa restricción, a menos que sea necesaria para proporcionar un tratamiento de emergencia. Con esto en mente, discuta cualquier restricción que desee solicitar con su médico. Puede solicitar una restricción presentando una solicitud por escrito a la práctica en cualquier momento.

Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitar una modificación de su información de salud protegida en un conjunto de registros designado mientras mantengamos esta información. En ciertos casos, por ejemplo, si creemos que la información es correcta o no fue creada por nuestra práctica, podemos rechazar su solicitud de una enmienda. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le brindaremos una copia de dicha refutación. Comuníquese con nuestro Gerente de oficina si tiene preguntas sobre la modificación de su registro médico. Para presentar una enmienda, su solicitud debe ser por escrito y debe enviarse al Gerente de la Oficina.

Cuando sea necesario, estas leyes se modificarán para garantizar el cumplimiento de las operaciones de práctica y las regulaciones de privacidad estatales y federales.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre las leyes y / o los procedimientos mencionados anteriormente, comuníquese con el Gerente de la Oficina para analizarlos. Confiamos en que se siente cómodo con nuestros esfuerzos por mantener la confidencialidad de la información relacionada con usted o la atención médica de su hijo.

Sinceramente,  
Parker Place

Este aviso se publicó y entra en vigencia el 23 de julio de 2018.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_