

# Queen City Foot & Ankle Specialists

## INFORMACION PERSONAL

---

Nombre de Paciente:

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Numero de Seguro Social (Ultimos 4) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Tel. de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo: \_\_\_\_\_

---

Nombre de Doctor Primordial: \_\_\_\_\_ Nombre de Clinica: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primordial: \_\_\_\_\_ ¿Necesita Interprete? Si / No

Raza:  Indio Americano  Asiatico  Negro/ Africano Americano  Blanco  Hawaiano/ Otra Raza

Etnicidad:  No-Hispano/Latino  Hispano/ Latino

---

¿Como escucho de nuestra oficina?

Correo Directo  Amigo  Compania de Seguro  Internet  Periodico  Paciente  Medico/ Clinica  Otro

Referido por: \_\_\_\_\_

---

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre de Proveedor Refiriendole: \_\_\_\_\_ Nombre de Clinica: \_\_\_\_\_

Estatus Matrimonial:  Divorciado  Casado  Pareja  Soltero  Viudo  Legalmente Separado  Desconocido/ Otro

Nombre de esposo/pareja/pariente cercano: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Eres estudiante:  Si, Medio Tiempo  Si, Tiempo Completo  No, no soy Estudiante

Esta Ud. Empleado:  Si, Medio Tiempo  Si, Tiempo Completo  No, no estoy Empleado

Nombre de Empleador (Compañia): \_\_\_\_\_ Profesion: \_\_\_\_\_

Como podremos contactarlo:  Telefono  Correo  Correo Electronico ¿Estará bien dejar mensaje?  Si  No

---

Otro Medico Actualmente Atendiendole:

Medico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar a su medico(s) sobre su tratamiento para asegurar su salud y seguridad?  Si  No

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicacion: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ \*Esta informacion es obligatoria; Nosotros utilizamos Surescripts para todas nuestras Prescripciones

---

# Queen City Foot and Ankle Specialists P.C.

## Aviso de Practicas de Privacidad de Información Medica Protegida

*Este Aviso describe como su información medica se puede usar y como usted puede tener acceso a esta información. ¡Por favor léalo cuidadosamente!*

Esta oficina/ hospital es permitida por las leyes de privacidad federales de hacer uso y divulgación de su información medica con propósito de tratamiento, pago, y Operaciones de Cuidado de Salud. Información médica protegida es la información que creamos y obtenemos al proveerle nuestros servicios a usted. Tal información puede incluir documentación de sus síntomas, análisis, resultados de exámenes, diagnosis, tratamiento, y aplicación para cuidado o tratamiento futuro. Esto incluye documentos de facturación por esos servicios.

### **Ejemplos de uso de Información Médica con Propósitos de Tratamiento:**

- Una enfermera obtiene información sobre su tratamiento y lo registra en un registro medico.
  - Durante el curso de su tratamiento, el medico determinara si es necesario consultar con un especialista o su medico actual. El/Ella compartirá su información.
  - Nuestra oficina puede dejar recordatorios de citas a través de llamadas telefónicas, correo de voz o correo electrónico.

### **Ejemplos de uso de Información Médica con Propósitos de Pago:**

Nosotros sometemos peticiones de pago a su compañía de seguro. La compañía de seguro (o otros negocios asociados ayudando a obtener pago tal como compensación de trabajadores) requieren información sobre el cuidado medico que obtuvo. Nosotros le proporcionamos tal información sobre ese cuidado medico.

### **Ejemplo de uso de Información Médica para Operaciones de Cuidado de Salud:**

Nosotros obtenemos servicios de nuestros aseguradores o otros compañías asociadas tal como la evaluación de calidad, mejoramiento de calidad, resultado de evaluación, estatuto, desarrollo de guías clínicas, programas de entrenamiento, la acreditación, repaso medico, servicios legales, y seguros. Nosotros compartimos su información con su seguro y asociados cuanto sea necesario para obtener estos servicios.

## **Derechos Sobre Su Informacion Medica**

**El registro de salud y facturación que mantenemos es propiedad física de nuestra oficina/hospital. Sin embargo la información en ella le pertenece a usted:**

- Pedir una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información medica al entregar esta petición a nuestra oficina/hospital - - No estamos requeridos a conceder esa petición, pero obedeceremos cualquier petición;
- Pedir una restricción en la divulgación de su información medica para su plan de salud por propósitos de pago o a operaciones de cuidado medico;
- Obtener un a copia del Aviso de Privacidad Practica para Información Medica Protegida actual al pedirlo en nuestra oficina/ hospital;
- Pedir permiso de revisar y copiar su registro medico y registro de facturación al entregar esta petición a nuestra oficina/ hospital;
- Apelar la negación de acceso a su información medica protegida, excluyendo ciertas circunstancias;
- Pedir que su registro medico sea modificado para corregir información incomplete o incorrecta al entregar esta peticion a nuestra oficina/ hospital. Podemos negar su peticion de modificacion en ocasiones cuando:
  - No fue creado por nosotros, o la persona o organizacion no esta accesible para modificar el registro;
  - No es parte de la informacion medica guardada por nuestra oficina/hospital;
  - No es parte de la informacion que usted estaria permitido a revisar o copiar; o,
  - Es exacta y completa.

Si su peticion es negada, se le informara la razon, y usted tendra la oportunidad de someter declaracion de desacuerdo el cual mantendremos en su registro;

- Pedir que su informacion medica sea comunicada por medios alternativos o localidad alternativa al pedirlo por escrito a nuestra oficina;
- Obtener contabilidad de la divulgacion de informacion medica como requiere la ley que mantegamos al entregar peticion a nuestra oficina/ hospital. La contabilidad no incluye usos y divulgación de información de tratamiento, pago, y operaciones; divulgación por usted o usos hechos por petición; usos o divulgaciones autorizados por su firma; divulgaciones hechos en un directorio de facilidad o a miembros de su familia o amigos de la persona bajo su cuidado; divulgación de notificaciones a familia/ otras personas responsables por su cuidado, localidad, condicion, o muerte.
- Cancelar autorizaciones que usted previamente hizo sobre el uso y divulgacion de informacion al entregar una cancelacion en escrito a nuestra oficina, con la excepción de la accion que ya se tomo.

Si usted desea ejercitar alguno de los derechos mencionados, favor de contactar a [Queen City Foot & Ankle Specialists 11030 S Tryon St Suite 308, Charlotte, NC 28273](#), en persona o en escrito durante nuestras horas de negocio. Nuestra oficina le informara de los pasos necesarios para ejercitar sus derechos.

## **Nuestra Responsabilidad**

**Se requiere que nuestra oficina:**

- Mantenga la privacidad de su informacion medica como requiere la ley;
- Proveerle el Aviso de nuestro deber y Practicas de Privacidad sobre su informacion la cual recaudamos y mantenemos;
- Advertirle sobre cualquier restricción o peticion que no podamos conceder; y,
- Arreglar peticiones rasonables sobre metodos de comunicacion sobre su informacion medica.

Nosotros reservamos el derecho que modificar, cambiar, o eliminar abastecimiento en nuestras prácticas de privacidad y sobre la información médica protegida que mantenemos, el acceso a la práctica, y el promulgar nuevas disposiciones sobre la información medica protegida que mantenemos. Si la informacion sobre nuestras Prácticas de Privacidad cambia, nosotros modificaremos su aviso. Usted tiene el derecho de recibir una copia de el "Aviso" modificado, el cual puede pedir una copia en nuestra oficina o al llamarnos.

## **Para Pedir Información o Archivar una Queja**

Si usted tiene preguntas, desea información adicional, o quisiera reportar un problema sobre el manejo de su información, usted puede comunicarse con **Queen City Foot and Ankle Specialists P.C.**

Adicionalmente, si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede archivar una queja escrita en nuestra oficina al entregar una queja escrita a **Queen City Foot and Ankle Specialists P.C.** Usted también puede archivar una queja al mandarla a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos ya sea por correo o correo electrónico.

- No podemos y no exigimos que usted renuncie su derecho de presentar una queja ante la Secretaria de Salud y Servicios Humanos como condición para recibir tratamiento en nuestra oficina.
- No podemos y no nos desquitaremos contra usted por archivar una queja con la Secretaria de Salud y Servicios Humanos.

## **Otras Divulgaciones y Usos**

### **Comunicación con Familia**

- Usando nuestro mejor discernimiento, podemos revelar información médica a un miembro de su familia, otro pariente, amigo cercano y otra persona identificada, pertinente a la implicación de esta persona con su cuidado, su pago por este cuidado, si usted no se opone, o en caso de emergencia.

### **Aviso**

- Si usted no se opone, nosotros podemos usar y divulgar su información médica protegida para avisar o asistir en el aviso a un miembro de familia, representante personal y otra persona responsable por su cuidado, sobre su ubicación y su condición general o su muerte.

### **Investigación**

- Podemos divulgar información a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por un consejero de revisión institucional que ha examinado la propuesta de investigación y ha establecido estatutos para asegurar la privacidad de su información médica protegida.

### **Socorro en Casos de Desastre**

- Podemos usar y divulgar su información médica protegida para asistir esfuerzos de Socorro.

### **Organizaciones de Adquisición de Órganos**

- Consistente con la legislación aplicable, podremos divulgar su información médica protegida a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades involucradas en la adquisición, conservación, o transplante de órganos para propósitos de donación y transplante de tejidos.

### **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)**

- Podemos divulgar su información médica protegida al FDA relacionado con eventos adversos con respecto a la comida, los suplementos, los productos y los defectos de los productos, o la información de vigilancia después de lanzar al mercado para permitir llamadas de producto, reparaciones o reemplazos.

### **Compensación a los Trabajadores**

- Si usted busca compensación mediante Compensación a los Trabajadores, nosotros podemos divulgar su información médica protegida a la magnitud necesaria cumpliendo con las leyes relacionadas con la Compensación de Trabajadores.

### **Salud Pública**

- Conforme lo autoriza la ley, podemos divulgar su información médica protegida para la salud pública o las autoridades judiciales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o incapacidad; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; para notificar a personas sobre anulaciones; notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que esta a riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o condición.

### **Abuso y Abandono**

- Podemos divulgar su información médica protegida a autoridades públicas permitidas por la ley para reportar abuso y abandono.

### **Empleadores**

- Nosotros podemos revelar su información médica a su empleador si nosotros le proveemos servicios por petición de su empleador, y si los servicios dados fueron para conducir una evaluación relacionada a la vigilancia médica de su trabajo o para evaluar una lesión o enfermedad obtenida en su trabajo. En ciertas circunstancias, nosotros le avisamos en escrito sobre la revelación de su información a su empleador. Algunas otras divulgaciones a su empleador podrán ser hechas al efectuar autorización específica.

### **Instituciones Correccionales**

- Si usted es un inquilino de una institución correccional, podemos divulgar su información médica protegida necesaria al instituto o a sus agentes por su salud o la salud y seguridad de otros individuales.

### **Cumplimiento de la Ley**

- Nosotros podemos divulgar su información médica protegida con propósitos de cumplimiento de la ley, como lo requiere la ley, tal como petición por orden tribunal, o en casos de acusación de delito grave, o al grado que un individual este bajo la custodia de la ley.

### **Supervisión de la Salud**

- La ley Federal nos permite revelar su información médica protegida a las Agencias de Supervisión de Salud apropiadas o para la supervisión de actividades.

### **Proceso Judicial/Administrativo**

- Nosotros podemos divulgar su información médica protegida en el proceso judicial o administrativo como es permitido o requerido por la ley, con su autorización o por petición por orden tribunal.

### **Amenazas Graves**

- Para evitar una amenaza seria de salud o seguridad, nosotros podemos divulgar su información médica protegida consistente con la ley aplicable para prevenir o reducir una amenaza seria de salud o seguridad de una persona o el público.

### **Para Funciones Especializadas de Gobierno**

- Nosotros podemos divulgar su información médica protegida a funciones especializadas por el gobierno, como lo autoriza la ley, como a personal de las Fuerzas Armadas, para propósitos de seguridad nacional, o para el personal del programa de asistencia pública.

### **Otros Usos**

- Otros usos o divulgaciones, aparte de esos identificados en este Aviso, se llevara a cabo únicamente cuando sea requerido por la ley o con su autorización por escrito y usted pueda revocar la autorización como se había previsto en el presente anuncio bajo "Derechos sobre Su Información Médica."

### **Página de Internet**

- Si mantenemos una página de Internet que facilita información sobre nuestra oficina, este Aviso estará en esa página de Internet.

# Queen City Foot and Ankle Specialists

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento que recibió el Aviso de Practicas de Privacidad

Yo acepto que recibí una copia del Aviso de Privacidad Practica de los Proveedores que tomo efecto Junio del 2011.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/ Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

## Documentación de Esfuerzos de Buena Fe Para obtener reconocimiento que el paciente recibió el Aviso de Privacidad Practica de Proveedores

*(Para uso cuando el reconocimiento no de puede obtener del paciente.)*

El paciente se presento a la oficina/hospital el [fecha] donde se le facilito una copia del Aviso de Privacidad Práctica de Proveedores de la entidad cubierta. Un esfuerzo de buena fe se hizo al paciente para obtener reconocimiento en escrito. Sin embargo, este reconocimiento no se obtuvo porque:

- El paciente se negó a firmar.
- El paciente no pudo firmar o poner las iniciales porque:

\_\_\_\_\_

- El paciente tuvo una emergencia médica. Un intento de obtener reconocimiento se hará en la próxima ocasión.
- Otra Razon (Clarificacion):

\_\_\_\_\_

Firma de empleado que lleno la forma: \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_