

## PACIENTE DEMOGRAPHICS FORMULARIO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente: Primer nombre: Segundo nombre:

Dirección:

Ciudad, estado, código postal:

Teléfono de casa:

Podemos dejar un mensaje de correo de voz?  Sí  No

Celular:

¿Podemos dejar un mensaje de correo de voz?  Sí  No

¿Podemos dejar un mensaje de texto?  Sí  No

Fecha de nacimiento:

Género:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Separado

SSN:

Dirección de correo electrónico:

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro

¿Quién es su médico de familia?

¿Quién lo refirió al Dr. Cluck?

Raza: (Seleccione uno)

Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano

Hispano  Hawaiano o de otra isla del Pacífico  Blanco  Otro Raza:

Raza (Seleccione uno)

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

### INFORMACIÓN DE SEGURO

Persona responsable de la factura:

Fecha de nacimiento: Fecha de nacimiento del

Teléfono particular:

Dirección (si es diferente):

Nombre del seguro principal Nombre del

suscriptor:

N.º de

póliza: suscriptor:

N.º de grupo:

SSN del suscriptor:

Relación del paciente con el suscriptor:  Yo  Hijo  Cónyuge  Otro

IN CASO DE EMERGENCIA

Nombre

Relación con el paciente

Teléfono de contacto:

PREFIERE FARMACIA

Ubicación:

Teléfono

**Valley Spine Care - Michael W. Cluck, MD, PhD**  
**1170 W. Olive Ave Suite B, Merced CA 95348**  
**Teléfono: 209-276-2200 | Fax: 209--2762202**

## **RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Al firmar este documento a continuación, el paciente o la parte responsable reconoce que ha leído y comprende lo siguiente:

### **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Autorizo al médico a divulgar cualquier registro, radiografías y fotografías adquiridas en el curso de mi tratamiento a médicos remitentes, compañías de seguros, hospitales o centros quirúrgicos. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para transmitir y procesar reclamos electrónicamente y/o a través de cualquier otro medio razonable y habitual para garantizar el pago.

### **ASISTENTES MÉDICOS**

Valley Spine Care utiliza asistentes médicos en nuestra oficina. Los asistentes médicos pueden brindarle atención durante su visita al consultorio. Al firmar este formulario, da permiso para que los asistentes médicos ayuden en su atención.

### **ESTUDIANTES DE MEDICINA/PASANTES**

El Dr. Michael W. Cluck es profesor/facultad para estudiantes de medicina, pasantes, becarios y residentes. Usted acepta permitir que los estudiantes/residentes que trabajan en el consultorio de su médico observen y participen en su atención médica durante su atención con Valley Spine Care. Su médico ha aceptado permitir que dichos estudiantes observen y participen en sus actividades de atención al paciente, lo que incluye, cuando corresponda, brindar atención médica a los pacientes bajo la supervisión directa del médico y observar durante la cirugía.

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAR**

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para mi tratamiento en Valley Spine Care y autorizo dichos tratamientos, exámenes, fisioterapia y procedimientos de diagnóstico (incluido, entre otros, el uso de estudios de laboratorio y radiográficos) según lo ordenado por mi médico tratante/de cobertura.

### **E-RECETA**

Los proveedores de Valley Spine Care utilizan e-Prescribing para enviar electrónicamente una receta precisa, comprensible y sin errores directamente a una farmacia. Al firmar a continuación, está dando su consentimiento para el programa de recetas electrónicas de farmacia.

---

Firma del paciente/tutor legal

---

Fecha

## Póliza financiera de Valley Spine Care

**PACIENTES CON SEGURO:** Aunque facturamos a su compañía de seguros/grupo médico por los servicios prestados, usted es financieramente responsable de todos los servicios prestados. Si no se ha recibido el pago dentro de los sesenta (60) días posteriores a la facturación de su plan de salud/grupo médico, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener ayuda. Si su plan de salud/grupo médico niega la cobertura por cualquier motivo, usted será responsable de ese pago.

**PACIENTES SIN SEGURO:** Nuestros honorarios no siempre se pueden determinar de antemano, ya que dependen de los servicios reales prestados. Si desea una cantidad total estimada antes de ser atendido, pregunte al personal de recepción. Tenga en cuenta que esta es solo una cantidad estimada y que los totales de los cargos reales pueden variar de esta estimación. El pago de todos los servicios vence en el momento del servicio.

**POLÍTICA DE COPAGOS:** Es su obligación estar familiarizado con los montos de copagos y/o deducibles de nuestro seguro. *El monto de su copago debe pagarse en el momento de su visita o tendremos que reprogramar su cita.*

**CUENTAS MOROSAS:** Se aplicará un interés del 2% mensual por las cuentas vencidas.

**CHEQUES DEVUELTOS:** Habrá un cargo de servicio de \$25.00 por cheques devueltos.

### **POLÍTICA DE TARIFAS ADMINISTRATIVAS POR CANCELACIÓN Y “NO SHOW”:**

Cada vez que un paciente falta a una cita sin avisar debidamente, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, a partir del 1 de enero de 2020, Valley Spine Care se reserva el derecho de cobrar una tarifa por citas perdidas ("no presentarse") y citas no canceladas con un aviso de 24 horas de anticipación. Se cobrarán los siguientes cargos por no presentarse y cancelaciones tardías:

“No presentarse” \$150

Menos de 24 horas de aviso: \$100

Los cargos por cancelación tardía se facturarán al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "no presentaciones" y cancelaciones tardías en cualquier período de 12 meses resultarán en la terminación de nuestra práctica. Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes. Al firmar a continuación, reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta política

---

Firma del paciente

---

Fecha

Valley Spine Care - Michael W. Cluck, MD, PhD  
1170 W. Olive Ave Suite B, Merced CA 95348  
Teléfono: 209-276-2200 | Fax: 209-276-2202

## RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida (requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, 45 CFR Partes 160 y 164)

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

Yo autorizo Valley Spine Care use y/o divulgue la información de salud protegida ("PHI" o registros médicos personales) que se describe a continuación para: **(Nota: esto incluye divulgar recetas, formularios médicos, etc.)**

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

**Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica personal de la siguiente manera:**

**(Seleccione uno)**

\_\_\_\_\_ a. Mi registro de salud completo "PHI" (incluidos los registros relacionados con la atención de la salud mental, las enfermedades transmisibles, el VIH o el SIDA y el tratamiento del abuso de alcohol/drogas). O

\_\_\_\_\_ b. Mi registro de salud completo "PHI" *con la excepción de la siguiente información*  
**(encierre en un círculo lo que corresponda):**

Registros de salud mental  
Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

Enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)  
Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Esta información médica puede ser utilizada por el personas a las que autorizo a recibir esta información para tratamiento o consulta médica,

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado basándose en mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a si firmo esta autorización.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revisela con cuidado.**

### Sus derechos

#### Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

➤ **Ver página 2** para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

### Sus opciones

#### Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

➤ **Ver página 3** para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

### Nuestros usos y divulgaciones

#### Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ **Ver páginas 3 y 4** para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.

## Sus derechos

### Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

#### Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

#### Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

#### Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

#### Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

#### Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## Sus opciones

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.** Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

### En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

### En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

### Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

**Ejemplo:** Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

---

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
    - Prevención de enfermedades.
    - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
    - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
    - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
    - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
- 

**Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
- 

**Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
- 

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- 

**Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
- 

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
    - En reclamos de compensación de trabajadores.
    - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
    - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
    - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
- 

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
-

## Nuestras responsabilidades

---

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

## Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

**Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**