



**931 Oak Park Boulevard, Suite 101
Pismo Beach, CA 93449**

**Cary J. Fitchmun, M.D. ~ David Ruiz, M.D.
Megan M. Malzone, M.D. ~ Amanthi Chandrasena, M.D.**

PARA: _____

Se ha programado una cita para usted el _____ a las _____
con _____. Llegue a las _____. Notifíquenos
lo antes posible si no puede asistir a esta cita.

**Arroyo Medical Group, Inc.
931 Oak Park Blvd., Ste. 101
Pismo Beach, CA 93449
(805) 474-2600**

Respetamos su tiempo y nos gustaría que su visita a nuestro consultorio sea lo más eficiente y útil posible. Para ayudar con esto, le agradeceríamos que completara la hoja de información adjunta y el formulario de historial médico con anticipación y **los trajera con usted**, junto con la información de su seguro médico, cuando venga a su cita. **Traiga todos sus medicamentos actuales** y, si es posible, los nombres y direcciones de sus médicos y hospitales anteriores para que podamos enviarle sus expedientes médicos anteriores si es necesario.

También adjuntamos información sobre Arroyo Medical Group y las políticas de nuestro consultorio para que las lea. Esperamos que esta información le sea útil. Si tiene alguna pregunta o si podemos brindarle más ayuda, llame a nuestro consultorio al (805) 474-2600.

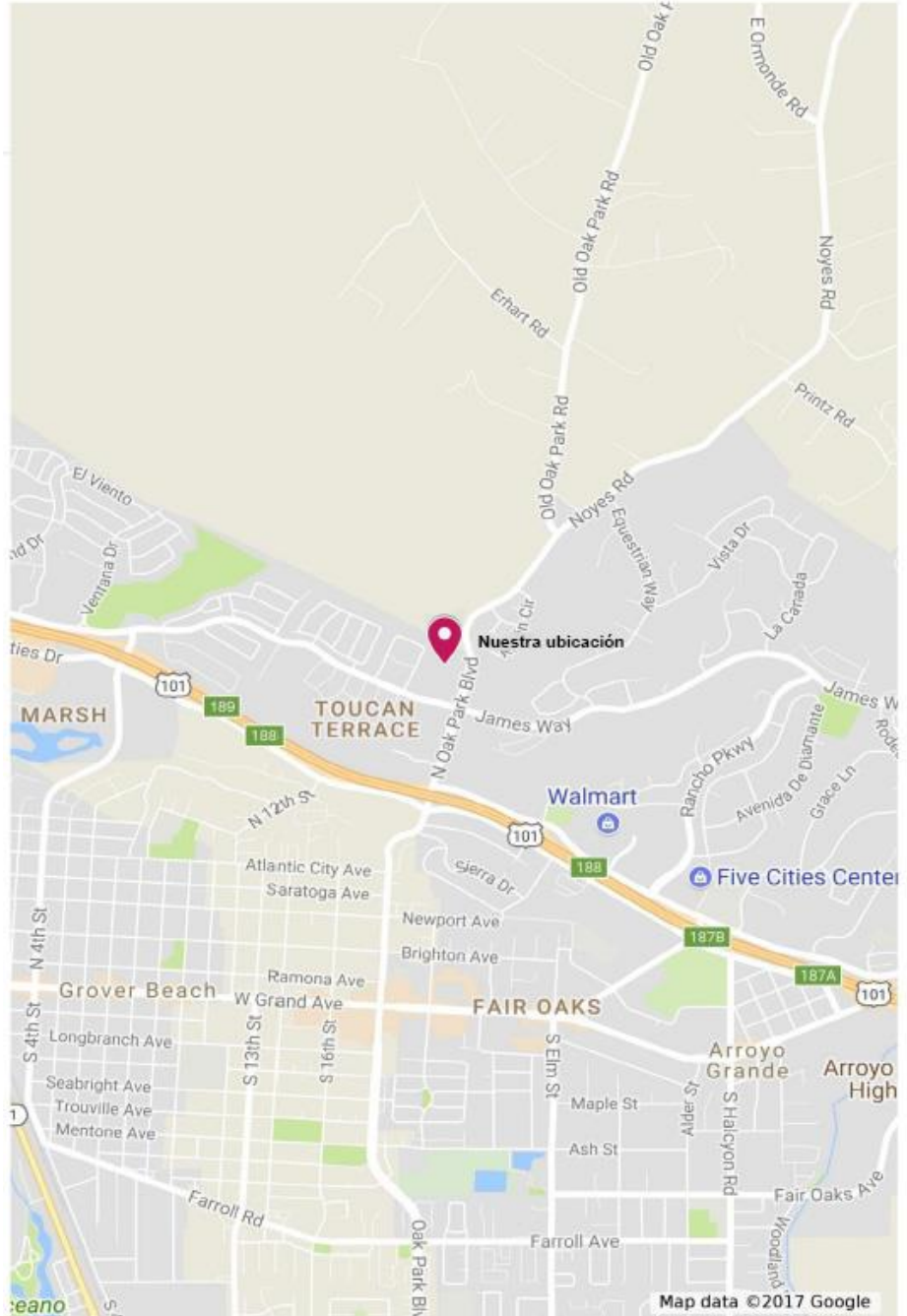
Esperamos contar con su presencia.

Los médicos y el personal de Arroyo Medical Group

Arroyo Medical Group

931 N Oak Park Blvd, Ste 101,
Pismo Beach, CA 93449

 Nuestra ubicación



INFORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PACIENTE NUEVO (ADULTO)

USE LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 (APELLIDO) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

SEXO: MASCULINO FEMENINO

CASADO SOLTERO VIUDO N.º DE TELÉFONO CELULAR: _____ N.º DE TELÉFONO PARTICULAR: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____
 APARTADO POSTAL O CALLE CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN POSTAL): _____

OCUPACIÓN DEL PACIENTE: _____ N.º DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

EMPLEADOR DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____ OCUPACIÓN: _____ N.º DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE: _____

¿CON QUIÉN PODEMOS COMUNICARNOS EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	N.º DE TELÉFONO	DIRECCIÓN	RELACIÓN CON EL PACIENTE
<u>INFORMACIÓN DEL SEGURO: TRAIGA SUS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO A CADA VISITA AL CONSULTORIO</u>			
FACTURAREMOS A SU SEGURO COMO CORTESÍA, SIEMPRE QUE NOS PROVEA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA HACERLO. SI NO QUIERE QUE			
LE FACTUREMOS A NINGÚN SEGURO, MARQUE AQUÍ <input type="checkbox"/>			

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____
 (PRIMARIO) NOMBRE DIRECCIÓN

N.º DE ID DEL PACIENTE: _____ N.º DE GRUPO: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____
 (SECUNDARIO) NOMBRE DIRECCIÓN

N.º DE ID DEL PACIENTE: _____ N.º DE GRUPO: _____
 DEL AFILIADO: _____ RELACIÓN CON

NOMBRE DEL AFILIADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EL PACIENTE: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ASIGNAR BENEFICIOS:

Por la presente autorizo a Arroyo Medical Group, Inc. a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento que sea necesaria para procesar mi reclamo. Autorizo el pago de beneficios directamente a Arroyo Medical Group, Inc., que de otro modo serían pagaderos a mí.

Acepto ser financieramente responsable de todos los servicios que me brinden, incluidos todos los copagos, deducibles y cargos del seguro que no estén cubiertos por mi contrato de seguro.

 FECHA DE HOY

 FIRMA DEL PACIENTE (O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (apellido, primero, segundo)	FECHA DE NACIMIENTO
FARMACIA LOCAL (nombre, dirección, número de teléfono)	FARMACIA DE PEDIDO POR CORREO (nombre, dirección, número de teléfono)

MOTIVO DE LA VISITA

Lesión/enfermedad del paciente: 1. 2. 3.	Fecha de inicio: _____ Índice de dolor (0 = sin dolor; 10 = más fuerte) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
---	--

ALERGIAS (medicamentos, problemas ambientales y alimentos)

Artículos a los que es <i>alérgico</i> :	Reacciones que ha tenido a causa del <i>alérgeno</i> al que es alérgico:

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS QUE TOMA REGULARMENTE

Nombre del medicamento (nombre de marca o nombre genérico)	Dosificación	Veces tomadas dentro de las 24 horas	Motivo para tomar el medicamento

REVISIÓN DE SISTEMAS: marque las casillas que correspondan para la visita de hoy.

<p>CONSTITUCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Malestar <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Debilidad 	<p>INTEGUMENTARIO (PIEL):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cabello quebradizo <input type="checkbox"/> Uñas quebradizas <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Lesión cutánea <input type="checkbox"/> Comezón
<p>CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Secreción del oído <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Secreción del ojo <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Presión en los senos paranasales <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de los ojos 	<p>NEUROLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Debilidad de las extremidades <input type="checkbox"/> Alteración en la marcha <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Caídas
<p>RESPIRATORIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Exposición a tuberculosis <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sibilancias 	<p>PSIQUIÁTRICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar
<p>CARDIOVASCULAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Palpitaciones 	<p>METABÓLICO/ENDÓCRINO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Sofocos
<p>GENITOURINARIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre en orina <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Retención urinaria <p>MUJERES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PAP anormal <input type="checkbox"/> Períodos dolorosos <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Sofocos <input type="checkbox"/> Períodos irregulares <input type="checkbox"/> Secreción vaginal <p>HOMBRES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Impotencia <input type="checkbox"/> Reducción de la libido <input type="checkbox"/> Flujo reducido <input type="checkbox"/> Micción nocturna 	<p>HEMATOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado fácil <input type="checkbox"/> Moretones fáciles <input type="checkbox"/> Nuevos bultos o protuberancias <p>INMUNOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergia de contacto <input type="checkbox"/> Alergias ambientales <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos <input type="checkbox"/> Alergias estacionales

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (apellido, primero, segundo)	FECHA DE NACIMIENTO
-------------------------------------	---------------------

LISTA DE PROBLEMAS CRÓNICOS **HISTORIAL MÉDICO/QUIRÚRGICO**

Problema crónico	Fecha de	Procedimiento	Año

ANTECEDENTES FAMILIARES (indique solo madre, padre, hermano y hermana)

<input type="checkbox"/> PACIENTE ADOPTADO			<input type="checkbox"/> SIN ANTECEDENTES FAMILIARES PERTINENTES	
Diagnóstico	Familiar	Edad de aparición	Si falleció, edad al momento de la muerte.	Comentarios

HISTORIAL SOCIAL

<p>CONSUMO DE TABACO:</p> <p>Consumo tabaco: <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Se desconoce</p> <p>Tipo: <input type="checkbox"/> Masticable <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Sin humo <input type="checkbox"/> Rapé <input type="checkbox"/> Vapeador</p> <p>Unidades/día: _____</p> <p>Años de consumo: _____</p> <p>Ocupación: _____</p> <p>Tiempo completo/tiempo parcial/jubilado: _____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>Número de embarazos: _____ Nacidos vivos: _____ Abortos inducidos: _____ Abortos espontáneos: _____</p> <p>Cantidad de hijos: _____</p> <p>N.º de hijas: _____ N.º de hijos: _____</p>	<p>CONSUMO DE ALCOHOL:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Anteriormente - Año en que dejó de fumar _____</p> <p>Si la respuesta es "Sí"</p> <p>Tipo de alcohol _____</p> <p>Frecuencia _____</p> <p>Cuándo fue la última vez _____</p> <p>CONSUMO DE DROGAS:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tipo: _____</p> <p>Cantidad usada: _____</p> <p>CONSUMO DE CAFEÍNA:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tipo: _____</p> <p>Cantidad diaria: _____</p>
--	--

ESPECIALISTAS/CONSULTORES		ESPECIALISTAS/CONSULTORES	
Nombre	Especialidad	Nombre	Especialidad

¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ DE LO SIGUIENTE?:	
<p>Vacunas:</p> <p>Vacuna antigripal _____</p> <p>Hepatitis A _____</p> <p>Hepatitis B _____</p> <p>Virus del papiloma humano (VPH) _____</p> <p>Meningococo B _____</p> <p>Neumocócico, PPSV23 o Pneumovax23® _____</p> <p>Neumococo, PCV13 o Prevnar 13® _____</p> <p>Herpes zóster, Zostavax _____</p> <p>Tdap (tétanos/diftosis/tos ferina) _____</p> <p>Td o DT (tétanos/difteria) _____</p> <p>Prueba cutánea de tuberculosis (Derivado Proteico Purificado) _____</p>	<p>Procedimientos de diagnóstico:</p> <p>Examen de la vista _____</p> <p>Mamograma _____</p> <p>DEXA (estudio de densidad ósea) _____</p> <p>Prueba de Papanicolaou _____</p> <p>Análisis de sangre en heces _____</p> <p>Colonoscopia _____</p> <p>EGD (endoscopia superior) _____</p> <p>APE _____</p> <p>Radiografía de pecho _____</p> <p>Prueba de función pulmonar _____</p> <p>ECG _____</p> <p>ECO _____</p> <p>Cinta de correr _____</p> <p>Angiografía/cateterismo _____</p> <p>Tomografía computarizada _____</p> <p>Imagen por resonancia magnética _____</p> <p>Ultrasonido aórtico _____</p> <p>Ultrasonido carotideo _____</p> <p>PIV (pielograma intravenoso) _____</p> <p>Sonograma de la vesícula biliar _____</p>
<p>_____ Nombre del paciente en letra imprenta</p>	<p>_____ Firma del paciente</p>
<p>_____ Fecha de firma</p>	



El Estado de California exige que se informe a todos los pacientes sobre
lo siguiente:

AVISO A LOS CONSUMIDORES

Los médicos están autorizados y regulados por la
Junta Médica de California.

(800) 633-2322

www.mbc.ca.gov

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Arroyo Medical Group, Inc.

Oficina de privacidad: (805) 474-2616 - Teri Thulin, administradora del consultorio

Por la presente reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica médica. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción y que se me ofrecerá una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad modificado en cada cita.

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma: _____ N.º de teléfono: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre o tutor legal del paciente menor
- Tutor legal o curador de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del paciente: _____



Información financiera

Esta información es para ayudarle a comprender sus obligaciones financieras con su médico.

INFORMACIÓN GENERAL:

- Arroyo Medical Group, Inc. aceptará efectivo, cheques personales, MasterCard y Visa.
- Se requieren seguros vigentes y tarjetas de identificación. Si hay algún cambio en su seguro, presente su nueva tarjeta al momento de su cita.
- No facturamos a compañías de seguros terciarios (de terceros).
- Arroyo Medical Group, Inc. lo alienta a familiarizarse con su plan de seguro de salud y sus beneficios. Cualquier saldo impago por su compañía de seguros es su responsabilidad.
- Para protegerlo de impostores, se tomará una fotografía y se guardará en su expediente médico electrónico.

COPAGOS, COASEGUROS Y DEDUCIBLES:

- Los copagos se cobrarán en el momento de su visita.
- Si conocemos la cantidad de su coseguro, este deberá pagarse al momento de su visita; cobraremos la cantidad en ese momento. De lo contrario, se le pedirá que pague su coseguro dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su estado de cuenta en nuestro consultorio.
- Si no ha cumplido con su deducible cuando se le brindaron los servicios médicos, se espera que pague su deducible en el momento del servicio.

PAGO POR CUENTA PROPIA:

- Si no tiene seguro de salud, el pago se cobrará al momento del servicio.
- En algunos casos, puede hacer arreglos con nuestra Oficina Comercial para realizar pagos. Comuníquese con la Oficina Comercial al (805) 474-2628 para obtener más información y organizar pagos.

MEDICARE:

- Si es beneficiario de Medicare con seguro de la Parte B, presentaremos su reclamo ante Medicare.
- Los pagos por servicios no cubiertos por Medicare se cobrarán en el momento de su visita.

PLANES NO CONTRATADOS:

- Si está cubierto por una compañía de seguros con la que Arroyo Medical Group, Inc. no tiene contrato y desea programar una cita con nuestros médicos, el pago se cobrará en su totalidad al momento del servicio. Le facturaremos a su compañía de seguros como cortesía y la compañía de seguros podrá reembolsarle directamente de acuerdo con sus tarifas.

BENEFICIOS NO CUBIERTOS:

- Es posible que ciertos servicios profesionales no estén cubiertos por los planes de salud y se facturan en efectivo. Los siguientes son ejemplos de servicios y precios no cubiertos. Pregunte con anticipación sobre su formulario, carta o servicio específico para obtener una cotización del costo para completarlo. Los precios están sujetos a cambios. Estos cargos son adicionales a cualquier evaluación realizada por un médico.

- Formas físicas	\$25 y más
- Justificación de falta al servicio de jurado	\$25 y más
- Formularios de medicamentos para la escuela	\$25 y más
- Formularios de discapacidad originales	\$25 y más
- Cartas (cualquier motivo)	\$25 y más
- Formularios de continuación de discapacidad	\$25 y más
- Cartel para discapacitados del DMV	\$25 y más
- Formularios de tutela	\$100 y más
- Formularios largos del DMV	\$50 y más
- Formularios originales de pensión y cuidado	\$50 y más
- Formularios de ayuda parcial	\$50 y más
- Formularios de reclamo de seguro por enfermedad	\$25 y más
- Formularios relacionados con el trabajo	\$50 y más
- Formularios de seguro de vida	\$50 y más
- Recetas perdidas	\$10 por medicamento
- Recetas perdidas (Anexo II)	\$12 por medicamento

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y LESIONES PERSONALES:

- Si su problema se debe a un accidente automovilístico u otra lesión, infórmenos de inmediato para que se pueda generar la información de seguro correcta para usted. Como sus lesiones pueden estar aseguradas por compañías de seguros de las que no somos proveedores, los pagos por la atención médica en nuestro consultorio vencen en el momento en que se prestan los servicios. Presentaremos un reclamo de seguro por usted y su compañía de seguros puede reembolsarlo directamente.
- Por una tarifa de \$0.25 por página, podemos proporcionarle las copias de los informes y la documentación requerida.
- No aceptamos embargos ni cartas de protección.
- Si prefiere ver a un médico diferente para su reclamo por el accidente automovilístico o las lesiones personales, podremos atenderlo para otras necesidades médicas.

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

- La compensación al trabajador se define como cualquier problema de salud que resulte de su trabajo o se vea agravada por él. Su seguro habitual no cubre este problema de salud.
- Nuestro consultorio no provee atención médica para casos de compensación al trabajador. Pídale a su empleador que lo refiera a una clínica de compensación al trabajador.

EXÁMENES DE SALUD PREVENTIVOS:

- Los exámenes físicos de rutina, los exámenes anuales y los chequeos son ejemplos de salud preventiva y se clasificarán como tales en cualquier reclamo presentado a su plan de salud.
- Es posible que muchos planes, incluido Medicare, no cubran las visitas preventivas. Si no está seguro acerca de la cobertura para un próximo examen, comuníquese con su plan de salud.
- **Los reclamos no se modificarán de ninguna manera una vez que se presenten y se verifique que son exactos.** Usted será responsable de cualquier cargo que no cubra su plan de salud.

CITAS PERDIDAS Y CANCELACIONES TARDÍAS:

- Aunque desde nuestro consultorio intentamos comunicarnos con los pacientes para confirmar las próximas citas, es responsabilidad del paciente administrar su agenda y asistir a las citas.
- Si necesita cancelar o reprogramar, comuníquese con nosotros al menos 24 horas antes de su cita programada.
- Si no se presenta varias veces, estará sujeto a despido.

CHEQUES DEVUELTOS:

- Cualquier cheque devuelto resultará en un cargo de servicio de \$25. Los cheques devueltos deben canjearse en efectivo o con tarjeta de crédito dentro de los 14 días posteriores a su devolución, o la cuenta se considerará morosa.
- Dos cheques devueltos dentro de un período de 12 meses colocarán la cuenta del paciente en estado de solo efectivo.
- Si recibimos un cheque de una cuenta bancaria cerrada, lo enviaremos a la oficina del Fiscal de Distrito.

- HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO FINANCIERO VINCULANTE Y ACEPTO SUS TÉRMINOS.
- ENTIENDO QUE LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR MI PLAN DE SALUD SON MI RESPONSABILIDAD.
- AUTORIZO QUE MIS BENEFICIOS DE SEGURO SE PAGUEN DIRECTAMENTE A ARROYO MEDICAL GROUP, INC. CUANDO SEA NECESARIO. AUTORIZO A ARROYO MEDICAL GROUP, INC. A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA FACILITAR EL PAGO DE UN RECLAMO.
- TODAS LAS PREGUNTAS ACERCA DE ESTE DOCUMENTO FINANCIERO HAN SIDO RESPONDIDAS A MI SATISFACCIÓN.

PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN:

Indique su método de comunicación preferido. Si bien nos comunicaremos con usted utilizando su método preferido, en una situación urgente, podremos usar cualquiera de sus números de contacto.

- MENSAJE DE TEXTO AL TELÉFONO CELULAR SOLO TELÉFONO RESIDENCIAL SOLO CELULAR
- PORTAL DEL PACIENTE OTRO
- Correo electrónico _____

Nombre del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA)

Fecha

Firma del paciente o responsable



Bienvenido a Arroyo Medical Group, Inc.

Gracias por elegir a los médicos de Arroyo Medical Group para su atención médica. Esta notificación brinda la oportunidad de explicar características importantes de nuestra práctica médica. Es posible que desee conservar esta información como referencia para las preguntas que puedan surgir.

CITAS:

Las visitas al consultorio son únicamente con cita previa. Cuando llame para programar una cita, nuestro personal de recepción le hará algunas preguntas sobre la naturaleza y urgencia de sus problemas o inquietudes. Para recibir atención médica de rutina, llame con varios días de anticipación. Siempre tratamos de adaptarnos a usted si tiene preferencia por un médico; sin embargo, si el médico que eligió no está disponible, es posible que tengamos que concertar una cita con otro médico o asistente médico de Arroyo Medical Group.

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes a viernes

8:30 a. m. - 12:30 p. m.

1:30 p. m. - 5:00 p. m.

Si no puede asistir a su cita programada, le pedimos que nos informe al menos 24 horas antes de la hora programada para su cita. Esto permite que otro paciente utilice el horario destinado a usted.

EMERGENCIAS:

En caso de una emergencia, cuando la situación sea obviamente crítica o ponga en peligro la vida, vaya directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911. El personal de la sala de emergencias nos informará de su llegada. Si necesita hablar con nuestro médico de guardia, fuera del horario de atención, llame a nuestro número de teléfono principal **(805) 474-2600** y el servicio de contestación reenviará la llamada al médico de guardia. Uno de nuestros médicos está disponible las 24 horas del día, todos los días del año. Si no tiene un problema grave ni una emergencia, espere hasta el horario de atención habitual para comunicarse con nosotros.

NÚMEROS DE TELÉFONO DEL CONSULTORIO:

Nuestro número de teléfono principal es (805) 474-2600. Si nuestro sistema automatizado responde su llamada, será necesario que seleccione una opción para que se transfiera su llamada.

Aviso de prácticas de privacidad (Revisado en mayo de 2022)

Durante su tratamiento en Arroyo Medical Group, los médicos, enfermeras y otros cuidadores pueden recopilar información sobre su historial médico y su salud actual. Este aviso explica cómo esa información puede usarse y compartirse con otros. También explica sus derechos de privacidad con respecto a este tipo de información. Los términos de este aviso se aplican a la información de salud creada o recibida por Arroyo Medical Group.

Arroyo Medical Group se compromete a proteger la privacidad del paciente. Estamos obligados por ley a proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad y asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; darle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; seguir los términos del aviso que está actualmente vigente; y notificarle en caso de que haya una violación de cualquier información protegida de salud no segura sobre usted.

I. Cuándo podemos usar y divulgar su información médica con su autorización por escrito

Con su autorización: para cualquier propósito distinto a los descritos a continuación, podremos usar o divulgar su información de salud solo cuando nos haya dado su autorización por escrito.

Marketing: obtendremos su autorización por escrito antes de utilizar su información de salud para enviar materiales de marketing.

Información altamente confidencial: existen protecciones adicionales para cierta información de salud confidencial. Por ejemplo: notas de psicoterapia, diagnóstico, pronóstico o tratamiento por dependencia de alcohol o drogas, pruebas o resultados de VIH, pueden requerir una autorización especial.

Venta de su información: no venderemos su información médica sin su autorización por escrito.

II. Cuándo podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización por escrito

Pago: podemos usar o divulgar su información para obtener el pago por los servicios que le brindamos.

Tratamiento: podemos divulgar su información a otro proveedor de atención médica para que pueda tratarlo; proporcionar recordatorios de citas; o para proporcionar información sobre alternativas de tratamiento.

Operaciones de la atención médica: esto incluye el uso de su información para ciertas actividades que son necesarias para operar el consultorio y garantizar que los pacientes reciban atención médica de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar su información para revisar el desempeño del personal.

Recordatorios: para recordarle citas u otra información sobre tratamientos nuevos o alternativos u otros servicios de atención médica con el fin de coordinar la atención.

Según lo exige la ley: divulgaremos su información médica si así lo exige la ley federal, estatal o local.

Socios comerciales: podemos divulgar información sobre usted a nuestros socios comerciales para que puedan realizar los servicios para los que los hemos contratado. Por ejemplo, podemos divulgar su información a abogados, organizaciones de cobranza y acreditación.

Actividades de salud pública: podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

Investigación: podemos usar y divulgar su información médica con fines de investigación, ya sea con su autorización específica por escrito o, si la investigación se aprobó y revisó para garantizar su privacidad, por nuestra Consejo de Revisión Institucional. Los investigadores pueden revisar su información de salud de manera limitada para determinar si el estudio o los participantes son apropiados.

Circunstancias especiales: podemos usar y divulgar su información médica en estas circunstancias especiales:

- Donación de órganos y tejidos
- Actividades de supervisión de la salud (según lo requiera o permita la ley)
- Procedimientos judiciales y administrativos
- Compensación al trabajador
- Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
- Actividades de seguridad e inteligencia nacional Aplicación de la ley

III. Divulgaciones que hacemos a menos que usted se oponga

Podemos compartir su información de salud con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de su atención médica si nos dice que podemos hacerlo o si podemos asumir, según las circunstancias y nuestro criterio profesional, que usted no se opone. Si no puede aprobar u objetar (por ejemplo, si no está disponible o está inconsciente), podemos compartir su información de salud relacionada con la participación de esa persona en particular en su atención médica solo si creemos que es lo mejor para usted.

También podemos compartir su información de salud para notificar, o ayudar a notificar, a su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica sobre su ubicación o estado de salud general. Por ejemplo, en un desastre natural u otra emergencia, podemos compartir su información de salud con una organización de ayuda en casos de desastre para ayudar a notificar a su familia sobre su ubicación y estado de salud general.

Si se opone a cualquiera de estas circunstancias, envíe una solicitud a Teri Thulin, administradora del consultorio, 931 Oak Park Blvd, Suite 101, Pismo Beach, CA 93449.

IV. Sus derechos con respecto a su información médica

Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud: puede solicitar acceso a su información de salud para revisar o solicitar copias de la información. Esto generalmente incluye expedientes médicos y de facturación mantenidos por Arroyo Medical Group.

Derecho a recibir una copia electrónica de su expediente médico electrónico: tiene derecho a solicitar una copia electrónica de su información médica. Si el formulario y el formato no son fáciles de producir, trabajaremos con usted para crear un formulario o formato electrónico razonable.

Derecho a solicitar restricciones en el uso o divulgación de su información de salud: tiene derecho a solicitar restricciones en el uso o divulgación de su expediente médico a su plan de salud para pagos u operaciones de la atención médica si ha pagado la totalidad de los gastos de bolsillo del tratamiento. Esta solicitud debe realizarse por escrito e identificar qué información desea limitar, cómo desea limitar el uso y/o divulgación, y a quién desea que se apliquen los límites.

Derecho a solicitar la corrección o modificación de su información de salud: puede solicitarnos que corriamos su información de salud. Consideraremos todas las solicitudes y podremos rechazar su solicitud por motivos legítimos, por ejemplo, si determinamos que el expediente es preciso y está completo. Para solicitar una corrección, debe escribirlo y enviarlo a Teri Thulin, 931 Oak Park Blvd, Suite 101, Pismo Beach, CA 93449.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera. Esta solicitud debe realizarse por escrito y enviarse a Teri Thulin, 931 Oak Park Blvd, Suite 101, Pismo Beach, CA 93449.

Derecho a ser notificado de una violación: le notificaremos en caso de una violación de su información protegida de salud.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su expediente: puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hemos realizado de su información de salud. Esta información no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones de la atención médica, divulgaciones que usted haya autorizado y otras divulgaciones específicas. Para solicitar esta lista de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a Teri Thulin, 931 Oak Park Blvd, Suite 101, Pismo Beach, CA 93449. Si solicita más de un informe en cualquier período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable.

Derecho a una copia impresa de este aviso: tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso y puede solicitar una copia en cualquier momento.

V. Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigor para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Si se modifican los términos de este aviso, Arroyo Medical Group le proporcionará un aviso revisado si lo solicita y publicará el aviso revisado en las ubicaciones designadas de Arroyo Medical Group.

VI. Quejas o preguntas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja notificando a nuestra Oficial de Privacidad, Teri Thulin (Administradora del consultorio) o al Secretario de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.



931 Oak Park Blvd, Suite 101
Pismo Beach, CA 93449
Teléfono principal - 805.474.2600 efax - 805.270.4752

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Solicito y autorizo a (nombre del médico actual) _____ a divulgar información de atención médica a:

Arroyo Medical Group
efax - 805.270.4752

Esta solicitud y autorización se aplica a **(revise y marque lo que corresponda)**:

- Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, problema de salud o fechas:
 _____.
- Toda la información de atención médica

Autorizo la divulgación de los resultados de las ETS y las pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativas o positivas, a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que se notificará a la persona mencionada anteriormente que debo otorgar un permiso específico por escrito antes de revelar estas pruebas a cualquier persona. **Sí o No (marque con un círculo lo que corresponda)**

Autorizo la divulgación de cualquier expediente relacionado con el tratamiento para la adicción a las drogas, al alcohol o para la salud mental a las personas mencionadas anteriormente. **Sí o No (marque con un círculo lo que corresponda)**

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento escribiendo a **Arroyo Medical Group**, pero que cancelarlo no afectará la información que ya se haya divulgado.

 Nombre del paciente (en letra de imprenta)

 Fecha

 Firma del paciente