



EXPECTATIVAS DEL PACIENTE

Gracias por escoger a Cucamonga Valley Medical Group!

Nos complace que haya elegido a nuestro grupo médico para sus necesidades de atención médica primaria. Con el fin de que su experiencia sea la mejor posible, hemos implementado las siguientes políticas. Por favor, léalas detenidamente:

1. Citas y Programacion

- a) **Visitas anuales de bienestar:** Su salud es importante tanto para usted como para su proveedor. Para garantizar que reciba la mejor atención posible, se espera que todos los pacientes acudan a una cita de Bienestar/Física en el consultorio una vez por año calendario.
- b) **Llegadas tarde:** Su cita puede ser reprogramada si llega con más de 15 minutos de retraso.
- c) **Primera visita:** Por favor llegue 30 minutos antes de la hora de su cita para completar la verificación del seguro y el proceso de orientación. Si no ha completado sus documentos antes de la hora programada, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita.
- d) **Política de cancelación / citas perdidas:** Se cobrará una tarifa de \$50 por no presentarse si pierde una cita o no llama para cancelarla con al menos 48 horas de anticipación.
- e) **Citas el mismo día:** Haremos nuestro mejor esfuerzo para acomodar citas el mismo día. Por favor llame a la oficina para verificar disponibilidad.
- f) **Requisitos para la cita:** Para optimizar el tiempo de su cita, por favor traiga los siguientes artículos a cada visita:
 - i. Todos los medicamentos
 - ii. Registro de vacunación Registro de vacunación
 - iii. Tarjeta del seguro
 - iv. Cualquier formulario necesario que deba completarse (consulte la política de formularios a continuación)

2. Politicas Financieras

- a) **Copagos y pagos de responsabilidad del paciente:** Los pagos deben realizarse en su totalidad al momento de la visita al consultorio. Aceptamos efectivo, Visa, Mastercard, Discover y American Express. No aceptamos cheques de ningún tipo.
- b) **Facturación del seguro:** Facturaremos a su seguro en su nombre si se nos proporciona toda la información necesaria. Sin embargo, tenga en cuenta que usted es, en última instancia, responsable de todos los cargos incurridos.
- c) **Tarifa por formularios:** Se aplicará una tarifa de \$25 a todos los formularios solicitados para que el médico los complete, incluidos formularios de discapacidad, formularios FMLA, formularios para hogares de ancianos, IHSS, etc.
- d) **Tarifa por registros médicos:** Se cobrará una tarifa de \$35 por la copia de registros médicos que excedan las 10 páginas

3. Resultados de Laboratorio

Es importante para nosotros que reciba notificación oportuna de los resultados de laboratorio y pruebas, así como una explicación completa de los mismos.

- a) **Resultados de exámenes preventivos:** Si el resultado es normal, todos los resultados estarán disponibles en el Portal Healow. Si el resultado es anormal, se le notificará a través del Portal Healow o por teléfono para programar una cita de seguimiento. Los exámenes preventivos pueden incluir: detección de cáncer cervical, cáncer de colon, cáncer de mama, etc.
- b) **Otras pruebas de laboratorio:** Todos los resultados se publicarán en su Portal Healow. Si se requiere seguimiento, la oficina se comunicará con usted o usted puede contactarnos para programar una cita. (*Esta cita de seguimiento se tratará como una visita regular y se aplicarán todos los cargos y copagos correspondientes*).
- c) **Resultados no recibidos:** Si no ve sus resultados publicados en el Portal Healow o no tiene acceso al portal, no asuma que los resultados son normales. Por favor llame a nuestra oficina o envíe un mensaje para que podamos orientarlo.

4. Política fuera del horario de atención

Contamos con un médico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene un problema médico urgente y necesita hablar con el médico fuera del horario de atención, puede llamar a nuestra oficina y dejar un mensaje para localizar al médico de guardia. Por favor, no contacte al médico por asuntos no urgentes, como cancelaciones o reprogramaciones de citas, resurtidos de medicamentos o consultas sobre resultados. (Nota: si se trata de una emergencia que pone en peligro su vida, llame al 911).

5. Resurtidos de medicamentos

- a) No surtimos medicamentos narcóticos o controlados fuera del horario de atención ni por teléfono. Solicite a su médico suficientes resurtidos durante su visita para que duren hasta su próxima cita (*generalmente de 3 a 6 meses*). Antes de llamar a la oficina, verifique con su farmacia si ya tiene resurtidos aprobados.
- b) Si toma medicamentos crónicos, su médico generalmente querrá verlo cada 3 a 6 meses para monitorear los medicamentos y su eficacia. Por esta razón, si no ha visto al médico en varios meses, el resurtido puede ser negado.
- c) Apoyamos el servicio Sure Scripts para recetas electrónicas. Si su farmacia utiliza este servicio y necesita un resurtido, por favor llame a su farmacia y ellos se comunicarán con nuestra oficina para solicitar la autorización. Su examen físico anual debe estar actualizado para autorizar cualquier resurtido.

Yo, _____,

PACIENTE, PADRE, O TUTU (EN LETRA DE MOLDE)

he leído y recibido una copia de las políticas de
Cucamonga Valley Medical Group.



CUCAMONGA VALLEY[™]
MEDICAL GROUP

Contrato de Bienvenida

- c) Estamos satisfechos en anunciar que ahora apoyamos el servicio de prescripciones electrónicas "Sure Scripts". Si su farmacia utiliza este servicio, y usted necesita reabastecimiento, por favor llame a su farmacia y ellos harán contacto con la oficina a nombre suyo para obtener la autorización de la receta.

I, _____,
NOMBRE DEL PACIENTE, PADRE O ENCARGADO (LETRA DE MOLDE)

He leído y he recibido una copia de las prácticas reglamentarias de Cucamonga Valley Medical Group.

FIRMA (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE
ES MENOR DE EDAD)

FECHA



Registro del Paciente

Bienvenidos a Cucamonga Valley Medical Group. Estamos comprometidos en proporcionarle el cuidado mejor, y el cuidado más comprensivo posible. Le animamos hacer preguntas. Por favor asistanos completando la información siguiente. Toda la información es confidencial y será divulgada únicamente con su consentimiento.

Información del paciente

NOMBRE Y APELIDO DEL PACIENTE	INICIAL	FECHA DE HOY	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
PADRE (SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD)	RAZA DEL PACIENTE		GENERO	
- -				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR DEL PACIENTE		ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
() -	() -	() -		
NÚMERO DE CASA	NÚMERO DE CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO Y EXT.		
CORREO ELECTRÓNICO	OCCUPACIÓN	NOMBRE DEL PATRÓN (DE ESCUELA SI ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO)		
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (DE ESCUELA SI ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿CÓMO OYÓ DE NUESTRA PRÁCTICA?				

Información de contacto emergencia: Quién debemos notificar en caso de una emergencia

NOMBRE Y APPELIDO DEL PACIENTE CONTACTO	INICIAL	RELACIÓN AL PACIENTE		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
() -	() -	() -		
NÚMERO DE CASA	NÚMERO DE CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO Y EXT.		

Información del garante: Persona Responsable por los Pagos / Parte Asegurada / Guardián Legal

NOMBRE Y APELLIDO	RELACIÓN AL PACIENTE		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
() -	() -	() -	
NÚMERO DE CASA	NÚMERO DE CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO Y EXT.	
COMPANY DE SEGURO	DIRECCIÓN PARA RECLAMOS		
NOMBRE DEL SUSCRITOR	FECHA DE NACIMIENTO	NSS DEL SUSCRITOR	NO. DE I.D. DEL SEGURO
SEGURIDAD SECUNDARIO	DIRECCIÓN PARA RECLAMOS		
SUBSCRIBER'S NAME	FECHA DE NACIMIENTO	NSS DEL SUSCRITOR	NO. DE I.D. DEL SEGURO

¿SE LESIONÓ EN EL TRABAJO? SÍ NO

¿USTED HA INFORMADO A SU PATRÓN? SÍ NO

Expectativa de Conducta Profesional del Paciente

Cucamonga Valley Medical Group (CVMG) es un centro médico familiar y, como tal, hace todo lo posible para ofrecer un ambiente seguro y adecuado para las familias. Más allá de ello, nuestro personal y proveedores aspiran a guiarse por nuestra Cultura Fundamental, cuyos preceptos principales son Vida, Amor y Compasión. Con el objeto de fomentarlos, hemos desarrollado cuidadosamente la presente póliza.

Somos conscientes de que a los pacientes puede resultarles estresante esperar durante períodos prolongados si no se sienten bien o tener que hacer frente a diversas otras circunstancias de la vida, pero tenemos una póliza de cero tolerancia hacia la conducta agresiva y el trato descortés a nuestro personal. Debe tratar a nuestro personal, otros pacientes, proveedores de cuidados y visitantes con cortesía y respeto. No toleraremos ni aceptaremos la violencia o el acoso verbal en ningún caso. Si tiene lugar esta conducta, es posible que le pidamos que obtenga atención en otro centro médico primario.

Entre los tipos de conducta que son inaceptables podemos mencionar, de forma enunciativa y no limitativa:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| ■ Agresión Física | ■ Comentarios Negativos, Maliciosos y Estereotípicos | ■ Actuando o pareciendo estar bajo la influencia de cualquier sustancia que deteriora el juicio |
| ■ Lenguaje Ofensivo | ■ Blandir Objetos/Armas | ■ Victimización e Intimidación |
| ■ Violencia Verbal | ■ Intentos de Abuso Físico | ■ Acecho - Conducta Amenazante Hacia el Personal y/o Sus Parientes Fuera del Lugar de Trabajo |
| ■ Uso de Malas Palabras | ■ Gestos Ofensivos | |
| ■ Gritos y Comportamiento Intrusivo | ■ Daños a la Propiedad | |
| ■ Comentarios Agresivos | | |
| ■ Invasión del Espacio Personal | | |

Si consideramos que ha incumplido con la presente póliza, puede tener lugar uno o más de lo siguiente dependiendo de las circunstancias:

- | | | |
|--|---|-----------------------|
| ■ Hablar Sobre la Conducta con la Gerencia | ■ Alta de la Atención en Nuestro Centro | ■ Remoción del Centro |
| | ■ Denuncia Policial | |

La piedra angular de una atención adecuada del paciente es una relación adecuada entre el paciente y el médico en base al respeto mutuo y la confianza. La remoción de los pacientes de nuestro centro es un evento excepcional y poco frecuente y el último recurso en una relación paciente-médico deficiente. Cuando se destruyó la confianza de forma irreparable, lo mejor para el paciente es encontrar un nuevo centro médico y facilitaremos dicho proceso al máximo de nuestras posibilidades (a excepción de la violencia, en cuyo caso solicitaremos la intervención de las autoridades pertinentes de las fuerzas de seguridad).

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE (PADRE/MADRE O TUTOR SI EL PACIENTE ES UN MENOR)

FECHA



Historia de la Salud

En un esfuerzo para servirle mejor, pedimos que usted nos provea la siguiente información. Necesitamos esta información para darle el mejor cuidado y tratamiento posible.

APELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE	INICIAL SEG. NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	GENERO
PROBLEMA ACTUAL						

Enfermedad / lesión: (Por favor marque si alguna vez ha tenido)

<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cáncer (anote tipo)	<input type="checkbox"/> Problema de la Tiroides
<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas del Pulmón / Asma
<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Piedras de Riñón	<input type="checkbox"/> Cálculos Biliares [Piedras en la Vesícula]
<input type="checkbox"/> Problema del Corazón (Anote Tipo)	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Exposición a la Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Heart Murmur	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Otro (por favor anote)

POR FAVOR ANOTE LOS DETALLES DE SELECCIONES ANTEDIJAS, SI LAS HAY

Antecedentes Familiares: (Por favor marque si alguien en la familia inmediata padres o hermanos han tenido alguna vez)

<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema del Corazón (anote tipo)
<input type="checkbox"/> Cáncer (anote tipo)	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto
<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Otro (por favor anote)

POR FAVOR ANOTE LOS DETALLES DE SELECCIONES ANTEDIJAS, SI LAS HAY

Operaciones/Cirugías: (por favor anote los nombres y las fechas de todas las operaciones que ha tenido) Ninguna

NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES
NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES
NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES

Medicamentos: (Por favor anote todas las medicinas y dosificaciones, incluyendo medicinas sin receta y suplementos) Ninguna

NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA	NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA
NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA	NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA
NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA	NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA

Alergias: (Por favor anote cualesquier alergia y reacción a medicamento) Ninguna

NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN	NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN
NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN	NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN



Historia de la Salud

Otra información:

¿Usted ahora utiliza tabaco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TIPO	CANTIDAD / DÍA	NO. AÑOS
¿Usted ha utilizado tabaco en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	FECHA QUE DEJO DE USAR		
¿Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TIPO	CANTIDAD / DÍA	NO. AÑOS
¿Usted ha utilizado alcohol en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	FECHA QUE DEJO DE USAR		
¿Usted utiliza drogas de la calle?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TIPO(S)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No INTRAVENOUS	NO. AÑOS
¿Usted ha utilizado drogas de la calle?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	FECHA QUE DEJO DE USAR	TYPE	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No INTRAVENOSOS
¿Tiene directiva avanzada de cuidado médico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quiere más información acerca de directiva avanzada de cuidado médico?		
FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)			FECHA	



Términos y Condiciones para el Tratamiento

Política Financiera

Política Básica Pago por servicio rendido en nuestra oficina se paga por completo a la hora de servicio. Se cobrara un honorario de \$35.00 para cualquier cheque devuelto.

Para los Pacientes con Seguro Mandamos cobros a la mayoría de los proveedores de seguro si usted nos proporciona el papeleo apropiado. También mandaremos cobros a la mayoría de las compañías de seguros secundarias para usted. Copagos y deducibles se deben a la hora de servicio. De acuerdo su convenio es con su proveedor de seguro es privado, regularmente no investigamos porqué un proveedor de seguro no ha pagado o porqué nos pagó menos de lo anticipado para servicios. Si un proveedor de seguro no ha pagado en un plazo de 60 días de mandar cobros, los honorarios profesionales están a cobro para ser pagados por completo por usted, y ha usted se le puede cobrar un honorario adicional de \$5.00.

Pacientes de Medicare Le mandaremos los cobros a Medicare por usted. También mandaremos los cobros los proveedores de seguro secundarios para usted. Todos los copagos o deducibles se deben a la hora de servicio.

Servicios No Cubiertos Cualquier cuidado no pagado por su cobertura de seguro existente requerirán el pago por completo cuando los servicios se proporcionan o después de aviso de la negación del cobro al seguro.

Casos de Lesiones Personales Esta oficina no manda cobros por accidentes automóviles, lesiones de trabajo, u otros casos del responsabilidad o pleito-relacionados. Usted es responsable del pago a la hora de servicio. No aceptamos embargos preventivos.

Asignación de beneficio de seguro (*los pacientes con seguro por favor lean y firmen abajo.*)

Por este medio asingo todas las beneficios médicos y/o quirúrgicos, para incluir los beneficios médicos importantes a las cuales me dan derecho, seguro privado, y cualquier otro plan de la salud, a Cucamonga Valley Medical Group, Inc. Esta asignación quedará en efecto hasta ser revocado por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cobros independientemente de si es pagado por el seguro dicho. Autorizo por este medio al cessionario dicho a divulgar información médica y todo otra necesaria para asegurar el pago.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE (USE LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

FECHA

Pacientes de Medicare: Con firma en el archivo (*omita la casilla si usted no tiene Medicare.*)

Pido el pago de los beneficios autorizadas de Seguro de enfermedad para mí o que se haga a mi nombre por Cucamonga Valley Medical Groupa, Inc. para cualquier servicio que se me suministró del abastecedor/del proveedor mencionado. Autorizo cualquier titular de información médica sobre mí que divulga la misma a la administración del financiamiento del cuidado médico y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma pide que el pago esté hecho y que autoriza divulgación de la información médica necesario pagar los cobros. Si el “otro seguro médico” se indica en el punto 9 de la forma HCFA-1500 o a otra parte en otro formulario de cobros aprobados o cobros electrónicamente presentados, mi firma autoriza la liberación de la información al asegurador o a la agencia demostrada. En los casos asignados de Medicare, el abastecedor o

el surtidor acuerda aceptar la determinación del cobro del proveedor Medicare como cobro completo, y el paciente es responsable solamente del deducible, del co-seguro, y de los servicios no cubiertos. El co-seguro y el deducible se basan sobre la determinación del cobro del proveedor de Medicare.



CUCAMONGA VALLEY[™]
MEDICAL GROUP

Términos y Condiciones para el Tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE (USE LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

NUMERO DE MEDICARE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Cucamonga Valley Medical Group

PROVEEDOR

Consentimiento al Tratamiento Médico:

Consiento a los procedimientos que se pueden realizar durante las visitas de la oficina, incluyendo pero limitado al tratamiento o a los procedimientos médicos o quirúrgicos, a los exámenes de radiografía, a procedimientos de laboratorio o a la anestesia rendidos bajo cuidado del médico que me trata.

He leído, he entendido, y he convenido la política financiera susodicha para el pago de honorarios profesionales, y consentimiento de tratamiento médico. **El paciente es en última instancia responsable de todos los honorarios profesionales.**

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE (USE LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

FECHA



Responsabilidades financieras por servicios externos

Responsabilidad Financiera por Servicios Fuera de Nuestra Clínica

Usted puede recibir una cuenta de un laboratorio si algunas pruebas o examinaciones se envían o se conducen fuera de esta oficina. Aconséjese por favor que cualquier honorario del laboratorio y o las cuentas que usted pueda recibir es su responsabilidad.

Si su seguro no cubre pruebas de laboratorio particulares, examinaciones, o requieren que usted utilice un laboratorio específico para tales procedimientos, es su responsabilidad de informar a esta oficina. Por favor contacte su portador de seguro si usted no sabe qué es cubierta por su política.

Firme por favor abajo para reconocer el recibo de este aviso.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE

(PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

FECHA

FECHA DE RECIBO

Reconocimiento de recibo de la notificación de prácticas de privacidad

PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN AL NEGARSE, SUS RECLAMACIONES DE SEGUROS **NO SERÁN PROCESADOS**.

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia del Aviso actualmente vigente sobre prácticas de privacidad de este centro de salud. Unacopia firmada de este documento con fecha debe ser tan efectivo como el original.

MI FIRMA TAMBIÉN SIRVE COMO IPS DOCUMENTO DE LIBERACIÓN SI DEBO SOLICITAR TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS QUE SEAN ENVIADAS A OTROS QUE ASISTEN A DOCTORES/INSTALACIONES EN EL FUTURO.

POR FAVOR ESCRIBA NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE
(PACHE O TUTORS EL PACENTE ES MENOR)

REPRESENTANTE LEGAL

DESCRIPCIÓN DE AUTORIDAD

SUS COMENTARIOS QUE ATANEN AGRADECIMIENTOS O CONSENTIMIENTOS

Apruebo ser contactado acerca de los servicios especiales, eventos, fondo de los esfuerzos que crían o nueva información médica en nombre de este centro de salud a través de :

- Teléfono Mensaje de Texto Mensaje de Correo Electrónico Cualquiera de las Anteriores Ninguna de las Anteriores (No Aplicación)

Al limmar este Formulario de Reconocimiento del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza a que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su salud mejorada. Esta oficina puodeo no recibir remuneración tercera parte de estas empresas filiales. Nosotros, en las actuales Omnibus Regla HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

Medicación controlada Acuerdo

Propósito: Garantizar el uso seguro, legal y efectivo de sustancias controladas de acuerdo con política de Cucamonga Valley Medical Group (CVMG) y de conformidad con las leyes estatales de California y regulaciones federales.

Sustancias controladas cubiertas: este acuerdo se aplica a todas las sustancias controladas prescritas por Proveedores de CVMG, incluidos, entre otros:

- Opioïdes: Ultram (Tramadol), Vicodin/Norco (Hidrocodona), Percocet (Oxicodona), Tylenol #3/#4 (Paracetamol con codeína), Metadona, MS Contin (Sulfato de morfina)
- Benzodiacepinas: Xanax (Alprazolam), Ativan (Lorazepam), Restoril (Temazepam)
- Ayudas para dormir: Ambien (Zolpidem)
- Relajantes Musculares: Soma (Carisoprodol)
- Estimulantes: todos los tratamientos recetados para ADD/ADHD
- Anticonvulsivos: Lyrica (Pregabalina)

Términos del acuerdo:

1. Visitas al consultorio y gestión de recetas

- Las sustancias controladas deben llenarse en persona con una visita al consultorio al menos una vez cada seis meses.
- Se requieren citas de seguimiento a través de telesalud o en el consultorio cada 3 meses, y en Se requieren visitas al consultorio cada seis meses para recetas continuas.
- Las solicitudes de recarga de sustancias controladas por teléfono solo se permiten entre visitas programadas al consultorio, que se requieren cada seis meses, y visitas de telesalud, que deberá realizarse al menos cada tres meses.
- Los proveedores verificarán la base de datos CURES cada vez que se recete una sustancia controlada.

2. Políticas de Resurtidos y Recetas:

- Generalmente, no habrá resurtido anticipado de medicamentos bajo ninguna circunstancia.
- No se proporcionarán resurtidos por medicamentos perdidos, robados o desechados accidentalmente.
 - Medicamentos perdidos
 - El frasco del medicamento se extravía durante el viaje o en movimiento entre ubicaciones.
 - El paciente olvida dónde colocó el medicamento y no puede encontrarlo.
 - El medicamento se cae de una bolsa o bolsillo y es irrecuperable.
 - Medicamentos robados
 - El medicamento es robado de la casa del paciente durante un robo.
 - Un visitante o alguien en el hogar toma el medicamento sin la conocimiento o consentimiento del paciente.
 - El medicamento es robado de un coche o bolso mientras el paciente está fuera. desde casa.
 - Dispuesto accidentalmente de medicamentos
 - El medicamento se tira accidentalmente a la basura o al reciclaje.
 - Una mascota o un niño accidentalmente derrama o ingiere el medicamento, haciéndolo inutilizable.



Medicación controlada Acuerdo

- El medicamento se tira por error al inodoro o al lavabo.
- Los medicamentos no se reabastecerán si no se realizan los laboratorios, consultas o citas de seguimiento requeridos. no completado.
- Las recetas solo se surtirán durante el horario de oficina normal. No se surtirán recetas fuera del horario de oficina o los fines de semana.

3. Pruebas de detección de drogas en orina (UDS):

- Se requiere una prueba de detección de drogas en orina en el consultorio al menos una vez cada seis meses.
- Si se encuentran sustancias ilegales o medicamentos recetados que no le han sido recetados directamente en la UDS, o si se niega a someterse a la UDS, no se le proporcionarán recargas y su El plan de tratamiento puede ser reevaluado.

4. Responsabilidades del paciente:

- No debe recibir recetas de sustancias controladas de múltiples proveedores ni utilizar varias farmacias. Hacerlo será causal de despido de CVMG.
- Debe firmar este Acuerdo de Sustancias Controladas anualmente.
- Usted es responsable de garantizar el uso, almacenamiento y eliminación seguros de sus medicamentos para evitar el mal uso o la exposición accidental.

5. Disminución gradual de la medicación:

- Si es necesario suspender su medicamento, su proveedor reducirá gradualmente la dosis. dosis gradualmente en lugar de suspenderla abruptamente, para evitar síntomas de abstinencia y otras complicaciones.
- Este proceso de reducción se aplicará incluso si no toma este medicamento controlado Acuerdo.

6. Criterios de despido:

- La violación de este acuerdo, incluida la negativa a firmar, el rechazo de UDS regulares o consistentes Las solicitudes de reabastecimiento anticipado pueden resultar en la interrupción de su sustancia controlada. prescripción y posible despido de la CVMG.
- Any inappropriate behavior toward providers or staff regarding the refill of these medications will also be grounds for dismissal.

Reconocimiento:

La violación de este acuerdo, incluida la negativa a firmar, el rechazo de UDS regulares o consistentes Las solicitudes de reabastecimiento anticipado pueden resultar en la interrupción de su sustancia controlada. prescripción y posible despido de la CVMG.

Nombre en letra de imprenta del paciente: _____ DOB: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad, firma del tutor: _____

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

bajo la Regla General de HIPAA del 2013.

FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE

A efectos de la presente comunicación, “nosotros” y “nuestro” se refieren a el Nombre de este Establecimiento de Atención Sanitaria: Cucamonga Valley Medical Group y “ustedes” o “suyo” se refieren a nuestros pacientes (o sus representantes legales como han sido determinados por nosotros de acuerdo con la ley de consentimiento informada por el estado). Cuando usted reciba servicios de atención sanitaria de nuestra parte, nosotros obtendremos acceso a su información médica (a saber: su historia clínica). Estamos comprometidos a mantener la privacidad de su información de salud y hemos implementado numerosos procedimientos para garantizar que hacemos esto

La ley Federal de Portabilidad Y Responsabilidad de Seguros Médicos de 2013, Regla General HIPAA (formalmente HIPAA 1996 y HI TECH de 2004), requieren que nosotros mantengamos la confidencialidad de todos sus registros de atención sanitaria y otra información identificable sobre la salud del paciente (ISP) usada por o revelada a nosotros en cualquier forma, ya sea electrónica, en papel, o mediante la palabra. HIPAA es una Ley Federal que le brinda nuevos derechos significativos para entender y controlar cómo la información sobre su salud es usada. La Regla General Federal HIPAA y la ley estatal proporcionan penalizaciones para las entidades afectadas, socios comerciales y sus subcontratistas y dueños de registros, respectivamente que hagan uso

indebidamente o revelen indebidamente la ISP.

A partir del 14 de Abril de 2003, HIPAA requiere que le proporcionemos el Aviso sobre nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad que estamos obligados a seguir cuando usted ingresa por primera vez en nuestra oficina para servicios médicos. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor, solicite hablar con nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA.

Nuestros médicos, personal clínico, empleados, Socios Comerciales (fuera de los contratistas que contratamos), sus subcontratistas y otras partes implicadas, respetan las políticas y procedimientos explicados en este Aviso. Si al estar en este establecimiento, su cuidador principal/doctor no está disponible para asistirlo (por ejemplo, por enfermedad, vacaciones, etc.), podríamos proporcionarle el nombre de otro proveedor de atención médica fuera de nuestra clínica para que pueda consultar con él. Si hacemos esto, ese proveedor va a respetar las políticas y procedimientos explicados en este Aviso o aquellas establecidas para su clínica, mientras sustancialmente se ajusten a las de nuestra clínica.

Nuestras Reglas Sobre Cómo Podríamos Usar y Divulgar la Información Sobre Su Salud Que Ha Sido Protegida

Bajo la ley, debemos tener su firma en un Formulario de Consentimiento escrito y fechado y/p un Formulario de Autorización de Reconocimiento de este Aviso, antes de poder usar o divulgar su ISP para ciertos propósitos como se detalla en las reglas siguientes.

Documentación -Usted deberá firmar un Formulario de Autorización/ Reconocimiento cuando reciba este

Aviso de Prácticas de Privacidad. Si usted no ha firmado dicho formulario o necesita una copia del que ya firmó, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad. Usted podrá retirar o revocar su consentimiento o autorización en cualquier momento (a menos que ya hayamos actuado en base a eso) presentando nuestro Formulario de Revocación y enviándolo a nuestra dirección antes mencionada. Su revocación va a tener efecto cuando realmente la recibamos. No podemos darle un efecto retroactivo, por lo que no afectará ningún uso o divulgación que haya tenido lugar durante nuestra dependencia de su Consentimiento o Autorización previos a la revocación (por ejemplo, si luego de que le proporcionamos servicios, usted revoca su autorización/reconocimiento para evitar que le cobremos por esos servicios, su revocación no tendrá efecto alguno ya que hemos contado con su autorización/reconocimiento para proporcionarle los servicios antes de que usted los revocara)..

Regla General – Si usted no firma nuestro formulario de autorización/reconocimiento o si lo revoca, como regla general (sujeta a excepciones descritas abajo como “Regla de Tratamiento de Salud, Pagos y Operaciones” y “Reglas Especiales”) no podemos, de ninguna manera, usar o divulgar con nadie (excluyéndose a usted, pero incluyendo a pagadores y Asociados de Comercio) su ISP o cualquier otra información en su registro médico. Por ley, nosotros no estamos capacitados para presentar reclamos a pagadores bajo asignación de beneficios sin su firma en nuestro formulario de autorización o reconocimiento. Usted, de todas formas, podrá restringir divulgaciones de su compañía de seguros para servicios por los cuales usted desee pagar “de su bolsillo” bajo la nueva Regla General. Nosotros no condicionaremos el tratamiento si usted no firma una autorización o reconocimiento, pero podríamos estar forzados a rechazarlo como nuevo paciente o discontinuarlo como un paciente activo si usted elige no firmar

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

o revocar la autorización/reconocimiento.

Regla de Tratamiento Médico, Pago y Operaciones

Con su consentimiento firmado, podríamos usar o divulgar su ISP para:

- Proporcionarle o coordinar tratamientos médicos y servicios. Por ejemplo, podríamos revisar su formulario de historia clínica para crear un diagnóstico y plan de tratamiento, consultar con otros médicos sobre su cuidado, delegar tareas al personal auxiliar, llamar a su farmacia para sus recetas, divulgar información requerida para su familia u otros de manera que puedan asistirlo con atención domiciliaria, organizar reuniones con otros proveedores de asistencia médica, programar análisis de laboratorio para usted, etc.
- Cobrar o recolectar pagos suyos, una compañía aseguradora, organización de cuidado administrado, un plan de beneficios médico o terceros. Por ejemplo, nosotros podríamos tener que verificar su cobertura de seguros, presentar su ISP en formularios de reclamo para ser reembolsado por nuestros servicios, obtener estimativos pre-tratamiento o autorizaciones previas de su plan de salud o proporcionarle sus radiografías ya que su plan de salud requiere que se las pague. Recuerde, usted podrá restringir las divulgaciones de su compañía de seguros por servicios por los cuales usted desee pagar “de su bolsillo” bajo esta nueva Regla General.
- Para dirigir nuestra oficina, evaluar la calidad del cuidado que reciben nuestros pacientes y reducir costos asociados con inasistencia a las citas, podríamos contactarnos con usted por teléfono, correo electrónico o de otra forma para recordarle sobre sus citas programadas. Podríamos dejar mensajes con cualquiera que atienda su teléfono o correo electrónico para contactarse con nosotros (pero no vamos a dar ISP detallada), podríamos llamarlo por su nombre desde la sala de espera, podríamos pedirle que ponga su nombre en una hoja de firmas (vamos a cubrir su nombre justo después de registrarla), podríamos comentarle sobre o recomendarle productos relacionados con la salud y tratamientos complementarios o alternativos que puedan interesarle, podríamos revisar su ISP para evaluar el rendimiento de nuestro personal, o nuestro Oficial de Privacidad podría revisar su ISP para evaluar sus registros para asistirlo con sus quejas. Si prefiere que no lo contactemos con recordatorios de sus citas o información sobre tratamientos alternativos o productos relacionados con la salud y servicios, por favor notifíquenos de manera escrita en nuestra dirección mencionada arriba y no usaremos o divulgaremos su ISP por estos motivos.
- La nueva Regla General HIPAA no requiere que le proporcionemos el aviso de más arriba relacionado con los Recordatorios de Citas, información de tratamientos o Beneficios de Salud, pero estamos incluyendo esto como una cortesía para que usted entiendas nuestras prácticas empresariales con respecto a su ISP (Información de Salud Protegida)

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

Adicionalmente, usted debería ser concientizado sobre estas leyes de protección en su nombre, bajo la nueva Regla General HIPAA:

- Que los **Planes de Seguro Médico** que aseguramos no pueden usar o revelar información genética con propósitos de aseguramiento (esto excluye ciertos planes de cuidado a largo plazo). Los planes de Seguro Médico que publican sus Avisos de Prácticas de Privacidad (ADPPs) en sus sitios web, deben publicar estos cambios en la Regla General en sus sitios web en la fecha efectiva de la Regla General, así también como notificarlo por US Mail en la fecha efectiva de las Reglas Generales. Los planes que no publiquen sus ADPPs en sus sitios web, deben proporcionarle información sobre los cambios en la Regla General dentro de los 60 días de estas revisiones federales.
- **Las Notas de Psicoterapia** en poder de un profesional de la salud, deben especificar en sus ADPPs que ellos pueden permitir el “uso y divulgación” de dichas notas sólo con su autorización por escrito.

Reglas Especiales

No obstante cualquier cosa accesoria contenida en este Aviso, sólo de acuerdo con la Regla General HIPAA aplicable, y bajo circunstancias estrictamente limitadas, podríamos usar o divulgar su ISP sin su permiso, consentimiento o autorización, con los siguientes propósitos:

- Cuando sea requerido bajo ley federal, estatal o local
- Cuando sea necesario en emergencias para prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.
- Cuando sea necesario por razones de salud pública) por ejemplo, prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidad, reportar información como reacciones adversas a la anestesia, medicamentos o productos inefectivos o peligrosos, presunto abuso, negligencia o explotación de niños, adultos o ancianos discapacitados o violencia doméstica).
- Por actividades de supervisión de salud del gobierno federal o estatal (por ejemplo, leyes de derechos civiles, investigaciones de fraude o abuso, auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias o permisos, programas gubernamentales, etc.)
- Por procedimientos judiciales y administrativos y propósitos de cumplimiento de la ley (por ejemplo, en respuesta a una orden, citación u orden de la corte, proporcionando ISP a forenses, médicos examinadores, directores de funerarias para ubicar a personas desaparecidas, identificar personas fallecidas o determinar la causa de muerte).
- Con propósitos de indemnización a trabajadores (por ejemplo, podríamos divulgar su ISP si usted ha demandado por beneficios de salud por una enfermedad o lesión de origen laboral.
- Con propósitos de inteligencia, contrainteligencia u otros propósitos de seguridad nacional (por ejemplo, Asuntos de Veteranos, Mando Militar estadounidense, otras autoridades gubernamentales o autoridades militares extranjeras que puedan requerir que liberemos ISP sobre usted).
- Para donación de órganos o tejido (por ejemplo, si usted es un donante de órganos, podríamos liberar su ISP a organizaciones que manejan adquisiciones y transplantes de órganos, ojos o tejidos)
- Para proyectos de investigación aprobados por un Consejo de Revisión Institucional para asegurar la confidencialidad (por ejemplo, si un investigador va a tener acceso a su ISP porque está involucrado en su cuidado clínico, le pediremos que firme una autorización).
- Para crear una colección de información que sea no identificable (por ejemplo, no lo identifica personalmente por su nombre, marcas distintivas y demás, y no podrá ser conectada a usted nunca más).
- Para miembros de la familia, amigos y otros, pero sólo si usted está presente y da permiso verbalmente. Le daremos una oportunidad de objetar y si no lo hace, nosotros asumiremos razonablemente, basados en nuestro juicio profesional y las circunstancias que nos rodean, que usted no objeta (por ejemplo, usted lleva a alguien dentro de la sala de operaciones o de examen durante el tratamiento o dentro del área de conferencias cuando estemos discutiendo su ISP); nosotros razonablemente inferiremos que es de su interés (por ejemplo, para permitirle a alguien que retire sus registros porque ellos saben que usted era nuestro paciente y usted les ha pedido de manera escrita y con su firma que hagan eso); o es una situación de emergencia involucrándolo a usted u otra persona (su hijo pequeño o pupilo) y, respectivamente, usted no puede consentir que la otra persona lo cuide porque, luego de un intento razonable, no hemos sido capaces de localizarlo. En estas situaciones de emergencia podríamos, basándonos en nuestro juicio profesional y las circunstancias que nos rodean, determinar que la divulgación es en beneficio suyo o de la otra persona, en cuyo caso divulgaremos ISP, pero sólo mientras pertenezca al cuidado siendo proporcionado, y lo notificaremos sobre la divulgación tan pronto como sea posible luego de que el cuidado esté completo. **De conformidad con la ley HIPAA 164.512(j) (i)... (A) Es necesario para prevenir o disminuir una**

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

amenaza seria o inminente a la salud y seguridad de la persona o el público y (B) Es para la persona o personas que puedan ser capaces de prevenir o disminuir esa amenaza.

Regla Mínima y Necesaria

Nuestro personal no usará o accederá a su ISP a menos que sea necesario para hacer su trabajo (por ejemplo, los médicos que no estén involucrados en su cuidado no accederán a su ISP; el personal auxiliar clínico que lo cuide no accederá a su información de facturación, el persona de facturación no accederá a su ISP a menos que se necesite para completar el formulario de reclamo por su última visita, el personal de mantenimiento no accederá a su ISP). Todos los miembros de nuestro equipo tienen la necesaria formación sobre las Reglas de Privacidad HIPAA y han firmado estrictos Contratos de Confidencialidad con respecto a proteger y mantener su ISP privada. De la misma forma sucede con nuestros Asociados de Comercios y sus Subcontratistas. Debe saber que su ISP está protegida bajo varias capas con respecto a nuestras relaciones de negocios. También, nosotros divulgamos a otros fuera del personal, sólo tanto como sea necesario para completar los propósitos legales del receptor. A pesar de esto, en ciertos casos podríamos usar y divulgar los contenidos completos de su registro médico:

- A usted (y sus representantes legales como fue establecido más arriba) y cualquier otra persona que usted inscriba en una Autorización o Consentimiento para recibir una copia de sus registros.

- A su proveedor de atención médica por motivos de tratamientos (por ejemplo, hacer diagnósticos y decisiones de tratamientos o convenir con previas recomendaciones en el registro médico).
- A el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU (por ejemplo, en conexión con una queja de HIPAA).
- A otros como ha sido requerido bajo ley federal o estatal.
- A nuestro Oficial de Privacidad y otros según sea necesario para resolver su queja o cumplir con su solicitud bajo HIPAA (por ejemplo, funcionarios que copian registros necesitan acceso a su registro médico completo)

De acuerdo con la ley HIPAA, presumimos que las solicitudes de divulgación de ISP de otra Entidad Cubierta (como ha sido definida en HIPAA) son para la mínima y necesaria cantidad de ISP para cumplir con el propósito del solicitante. Nuestro Oficial de Privacidad va a revisar individualmente las solicitudes no usuales o no recurrentes de ISP para determinar la mínima y necesaria cantidad de ISP y divulgar solo eso. Para las solicitudes o divulgaciones fuera de la rutina, nuestro Oficial de Privacidad va a hacer una determinación mínima y necesaria basada en, pero no limitada a, los siguientes factores:

- La cantidad de información siendo divulgada
- El número de individuos o entidades a las que la información está siendo revelada
- La importancia del uso o divulgación
- La probabilidad de divulgación futura

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

- Si el mismo resultado hubiera sido logrado con información no identificable
- La tecnología disponible para proteger la confidencialidad de la información
- El costo de implementar procedimientos administrativos, técnicos y de seguridad para proteger la confidencialidad

Si nosotros creemos que una solicitud de otros para divulgación de su registro médico completo es innecesaria, le pediremos al solicitante que documente por qué esto es necesario, retendremos esa documentación y la pondremos a su disposición bajo su pedido.

Regla de Divulgación Incidental

Nosotros vamos a tomar garantías administrativas, técnicas y de seguridad para asegurar que la privacidad de su ISP cuando la usemos o divulgaremos (por ejemplo, nosotros trituramos todo papel que contenga ISP, requerimos que los empleados hablen con precauciones de privacidad al discutir sobre la ISP con usted, usamos contraseñas en las computadoras y las cambiamos periódicamente (por ejemplo, cuando un empleado nos abandona), usamos firewall y protección de router cumpliendo los estándares federales, hacemos un back up de nuestros datos de ISP fuera del sitio y los encriptamos en base a los estándares federales, no permitimos el acceso no autorizado a las áreas donde la ISP está almacenada o archivada y/o no tenemos ningún asociado de comercio sin supervisar firmando los Acuerdos de Confidencialidad de los Asociados de Comercio).

De todas formas, en el caso de que haya una brecha en la protección de su ISP, seguiremos la Pauta Federal bajo los estándares de la Regla General HIPAA para evaluar primeramente la situación, retener copias de la situación en archivos, y reportaremos todas las brechas (diferentes de la baja probabilidad como ha sido prescrito en la Regla General) al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU en:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/administrative/breachnotificationrule/breinstruction.html>

También notificaremos apropiadamente a usted o a cualquier otra parte significativa como es requerido por la Ley HIPAA

Regla de Socios Comerciales

Los Socios Comerciales se definen como: una entidad (no empleados) que en el transcurso de su trabajo van a usar, transmitir, ver, transportar, interpretar, procesar u ofrecer directa o indirectamente la ISP para este establecimiento.

Los Socios Comerciales y terceros (si hay alguno), que reciban su ISP de parte nuestra van a tener prohibido redivulgarla a menos que se le solicite hacer esto por ley o usted proporcione consentimiento escrito previo para la redivulgación. Nada en nuestro acuerdo de Socios

Comerciales va a permitir que nuestros Socios Comerciales violen esta prohibición de redivulgación. Bajo la Ley General, los Socios Comerciales van a firmar un acuerdo de confidencialidad estricto comprometiéndose a mantener su ISP protegida y reportar cualquier compromiso de dicha información con nosotros, usted y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, así también como a otras entidades requeridas. Nuestros Socios Comerciales también seguirán la Regla General y harán que cualquiera de sus subcontratistas que se contacte directa o indirectamente con su ISP, firme Acuerdos de Confidencialidad en base a los Estándares Federales Generales.

Regla de Información Súperconfidencial

Si tenemos ISP sobre usted con respecto a enfermedades comunicables, pruebas de enfermedades, diagnósticos o tratamientos de abuso de alcohol o sustancias, o registros de psicoterapia y salud mental (información súperconfidencial bajo la ley), no vamos a divulgarla bajo Tratamiento General o de Atención Sanitaria, Reglas de Pago y Operaciones (ver arriba) sin su primera firma y compleción apropiada de nuestro formulario de Consentimiento (por ejemplo, usted específicamente debe escribir sus iniciales en el tipo de información súperconfidencial que tenemos permitido divulgar). Si usted no autoriza específicamente la divulgación al poner sus iniciales en la información súperconfidencial, nosotros no la divulgaremos a menos que se nos autorice bajo las Reglas Especiales (ver arriba) (por ejemplo, si se nos solicita por ley divulgarla). Si divulgamos información súper (ya sea porque usted ha puesto sus iniciales en el formulario de consentimiento o las Reglas Especiales que nos autoricen para hacer esto), vamos a acatar con ley estatal y federal que requiere que advirtamos al receptor por escrito que la redivulgación está prohibida.

Cambios en la Regla de Políticas de Privacidad

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad (cambiando los términos de este Aviso) en

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

cualquier momento como ha sido autorizado por ley. Los cambios serán efectivos inmediatamente luego de que los hagamos. Van a ser aplicables a toda la ISP que creamos o recibimos en el futuro, así como también toda la ISP creada o recibida por nosotros en el pasado (por ejemplo, la ISP sobre usted que teníamos antes de que los cambios surtieran efecto). Si hacemos cambios, vamos a publicar el Aviso cambiado, junto con su fecha efectiva, en nuestra oficina y nuestro sitio web. También, mediante previa solicitud, usted recibirá una copia de nuestro Aviso vigente.

Regla de Autorización

No usaremos o divulgaremos su ISP por ningún motivo o a cualquier otra persona diferente de lo establecido en las reglas de más arriba sin su firma en nuestro formulario de Autorización/Reconocimiento específicamente escrito (no uno de Consentimiento o Reconocimiento). Si necesitamos su Autorización, deberemos obtenerla mediante un Formulario de Autorización específico, que puede estar separado de cualquier Autorización/Reconocimiento que podamos haber obtenido de usted. No condicionaremos su tratamiento aquí basándonos en si firma la Autorización (o no).

Reglas de Marketing y Recaudación de Fondos

Limitaciones en la divulgación de ISP con respecto a la Remuneración

La divulgación o venta de su ISP sin autorización está prohibida. Bajo la nueva Ley General HIPAA, esto

excluiría divulgaciones con propósitos de salud pública, por tratamientos o pago de salud, por la venta, transferencia, fusión o consolidación de todo o parte de este establecimiento y por diligencia debida, a cualquiera de nuestros Socios de Comercio, en conexión con el rendimiento de las actividades de los socios de comercio para este establecimiento, a un paciente o beneficiario con solicitud previa, y como es requerido por ley. Además, la divulgación de su ISP con propósitos de investigación o con cualquier otro propósito permitido por HIPAA no será considerado como una divulgación si el único reembolso recibido es “un precio razonable, basado en los costos” para cubrir el costo de preparar y transmitir su ISP, lo que debería estar expresamente permitido por ley. Notablemente, bajo la Regla General, una autorización para divulgar la ISP debe establecer que la divulgación resultará en remuneración para la Entidad Cubierta. A pesar de los cambios en la Regla General, la divulgación de un grupo limitado de datos (un formulario de ISP con un número de identificadores removidos de acuerdo con los requerimientos específicos de HIPAA) para la remuneración acorde a los acuerdos existentes, será aceptable hasta el 22 de Septiembre de 2014, mientras el acuerdo no sea modificado un año antes de esa fecha.

Limitación en el Uso de ISP para la Comercialización

Nosotros, de acuerdo con Leyes Estatales y Federales, vamos a obtener su autorización escrita para usar o divulgar su ISP con propósitos de mercadotecnia (por ejemplo, usar su fotografía en publicidades) pero no para actividades que constituyan operaciones de tratamiento o

atención sanitaria. Para clarificar, Mercadotecnia se define, por la Regla General, como “una comunicación sobre un producto o servicio que aiente de los receptores... a comprar o usar el producto o servicio”. Bajo la Regla General, nosotros vamos a obtener una autorización escrita de su parte previa a recomendarle a usted un terapeuta, o Entidad Cubierta de Atención Sanitaria no asociada.

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

Bajo la Regla General, nosotros vamos a obtener su autorización escrita previa a usar su ISP o hacer cualquier recomendación de tratamiento o de atención sanitaria, si una

remuneración financiera para hacer la comunicación estuviera involucrada de parte de un tercero cuyo producto o servicio nosotros promovíramos (por ejemplo, negocios ofreciendo incentivos a este establecimiento para promover sus productos o servicios a usted). Esto también será aplicable a nuestros Socios de Comercio que pudieran recibir dicha remuneración por hacerle una recomendación de tratamiento o atención sanitaria. Todas las dichas recomendaciones van a estar limitadas sin su permiso expreso y escrito.

Debemos clarificarle que la remuneración financiera no incluye “pagos en especie” y pagos con un propósito de implementar un programa de manejo de enfermedades. Cualquier regalo promocional de valor nominal no están sujetos a los requerimientos de la autorización, y nosotros vamos a respetar el grupo de términos de la ley para aceptar o denegar éstos.

La única exclusión a esto incluiría: “recordatorios de relleno”, mientras la remuneración al hacer dicha comunicación está “razonablemente relacionada con nuestro costo” por hacer ducha comunicación. De acuerdo con la ley, este establecimiento y nuestros Socios comerciales nunca van a solicitar un reembolso de su parte por costos permisibles que incluyan: labor, suministros y gastos de envío. Por favor, tenga en cuenta que los “equivalentes genéricos”, “cumplimiento de toma de medicación como ha sido estipulado” y son todas consideradas como “recordatorios de relleno”.

Comunicaciones de mercadeo cara a cara, tales como compartir con usted un panfleto o folleto, son permisibles bajo la Ley HIPAA vigente.

Flexibilidad en el uso de la ISP para la Recaudación de Fondos

Bajo la Regla General HIPAA, el uso de la ISP es más flexible y no requiere su autorización si lo incluyéramos en cualquier esfuerzo de recaudación de fondos que intentemos en este establecimiento. De todas formas, vamos a ofrecerle la oportunidad de optar por no recibir futuras comunicaciones sobre recaudación de fondos. Simplemente, háganos saber que quiere optar por no recibir nada en dichas situaciones. Allí habrá una declaración en su Formulario HIPAA de Reconocimiento del Paciente donde usted puede elegir optar por no recibir más nada. Nuestro compromiso de cuidarlo y tratarlo no va a afectar de ninguna manera su decisión de participar o no en nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.

Mejoras de Requerimientos para Autorizaciones Relacionadas con Investigación

Bajo la Regla General HIPAA, podríamos buscar autorizaciones de su parte para el uso de su ISP para futuras investigaciones. De todas formas, podríamos tener que dejar en claro que estos usos son en detalle.

También, si requerimos una autorización compuesta de su parte con respecto a la investigación, este establecimiento clarificaría que cuando una autorización compuesta es usada, y el tratamiento

relacionado con la investigación es condicionado por su autorización, la autorización compuesta va a diferenciar entre los componentes condicionados y no condicionados.

Sus Derechos con Respecto a Su Información De Salud Protegida

Si usted obtuvo este Aviso vía correo electrónico o sitio web, usted tiene el derecho de pedir, en cualquier momento una copia en papel, pidiéndosela a nuestro Oficial de Privacidad. También, usted tiene los siguientes derechos adicionales con respecto a la ISP que mantenemos sobre usted:

De Inspeccionar y Copiar

Usted tiene el derecho de ver y tener una copia de su ISP incluyendo, pero no limitándose a, registros médicos de pago presentando una solicitud escrita a nuestro Oficial de Privacidad. Los registros originales no dejarán las instalaciones, estarán disponibles para inspección sólo durante nuestras horas regulares de negocio, y sólo si nuestro Oficial de Privacidad está presente en todo momento. Usted podría pedirnos que le demos las copias en un formato diferente de fotocopias (y vamos a hacer esto a menos que determinemos que es poco práctico) o pedirnos que preparemos un resumen en lugar de las copias. Podríamos cobrarle un costo para no exceder la ley estatal para recuperar nuestros costos (incluyendo envío, suministros y tiempo del personal como sea aplicable, pero excluyendo tiempo del personal por búsqueda y recuperación de datos) para duplicar o resumir su ISP. Nosotros no condicionaríamos la liberación de las copias en un sumario de pago de su saldo pendiente por servicios profesionales si usted tiene uno). Vamos

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

a cumplir la Ley Federal para proporcionarle su ISP en un formato electrónico dentro de los 30 días, con especificación Federal, cuando usted nos proporcione una solicitud escrita apropiadamente. Una copia en papel también se pondrá a su disposición. Vamos a responder a las solicitudes de manera oportuna, sin demora de revisión legal o, en menos de 30 días si ha sido solicitada de manera escrita, y en 10 días hábiles o menos si está involucrada una litigación de mala praxis o mediación. Podríamos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas (por ejemplo, no tenemos la ISP, viene de una fuente confidencial, etc.). Si denegamos su solicitud, usted podría pedir una revisión de esta decisión. Si es requerido por ley, nosotros vamos a seleccionar un profesional del cuidado de la salud licenciado (diferente de la persona que denegó su solicitud inicialmente) para revisar la negación y vamos a permitir la decisión de él o ella. Si nosotros seleccionamos un profesional licenciado del cuidado de la salud que no está afiliado con nosotros, vamos a asegurarnos de que un Acuerdo de Socio Comercial sea ejecutado para prevenir la redivulgación de su ISP sin su consentimiento.

De Pedir una Modificación / Corrección

Si otro doctor involucrado en su salud nos pide de manera escrita que cambiamos su ISP, vamos a hacer esto tan rápido como sea posible cuando nos enteremos de los cambios y vamos a enviarle una confirmación escrita de que hemos hecho los cambios. Si usted piensa que la ISP que tenemos sobre usted es incorrecta, o que falta algo importante en sus registros, usted

puede pedirnos que lo modifiquemos o corrijamos (en la medida en que lo tengamos), presentando un formulario de "Solicitud de Modificación/Corrección" a nuestro Oficial de Privacidad. Vamos a actuar sobre su solicitud dentro de los 30 días desde que la recibamos pero podríamos extender nuestro tiempo de respuesta (dentro de los 30 días) no más de una vez y por no más de 30 días, o de acuerdo con las concesiones de la Ley Federal, en cuyo caso nosotros le notificaremos por escrito cuándo y por qué seremos capaces de responder. Si accedemos a su petición, le haremos saber dentro de los 5 días laborales, haremos los cambios notificando (no borrando) lo que sea incorrecto o completando y agregándolo al lenguaje cambiado, y enviaremos los cambios dentro de los 5 días laborales a las personas que usted nos pida y a los que sabemos que puede afectar su ISP incorrecta o incompleta (o ya haya afectado). Podríamos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias (por ejemplo, no fue presentada de manera escrita, no da una razón por la cual usted quiere hacer el cambio, no hemos creado la ISP que usted quiere cambiar (y la entidad que lo hizo puede ser contactada), fue compilada para ser usada en litigio, o nosotros determinamos que es correcta y completa). Si denegamos su solicitud, nosotros vamos a decirle (por escrito, dentro de los 5 días laborales) por qué y como presentar una queja con nosotros si usted no está de acuerdo, que usted pueda presentar un desacuerdo escrito por nuestra negación (y nosotros podríamos presentar una refutación escrita y darle a usted una copia de ella), que usted pueda pedirnos que divulguemos su solicitud inicial y nuestra negación cuando nosotros hagamos divulgaciones futuras de ISP concernientes a su solicitud, y de que

usted pueda quejarse con nosotros y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.



Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

De un Listado de Divulgaciones

Usted nos podría pedir una lista de aquellos que consiguieron su ISP de parte nuestra presentando un formulario de "Solicitud de Listado de Divulgaciones". La lista no va a cubrir ciertas divulgaciones (por ejemplo, la ISP dada a usted, a su representante legal, dada a otros con propósitos de operaciones de tratamientos, pagos o cuidados de la salud). Su solicitud debe establecer en qué forma usted quiere la lista (en papel o electrónicamente) y el período de tiempo que quiere que cubramos, que puede ser hasta pero no mayor de los últimos 6 años (excluyendo fechas antes del 14 de Abril del 2003). Si usted pide esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrar un costo razonable para responder, en cuyo caso le vamos a decir el costo antes de incurrir en ello y dejarle decidir si quiere retirar o modificar su solicitud para evitar el costo.

De Solicitar Restricciones

Usted podría pedirnos que limitemos cómo su ISP es usada y divulgada (por ejemplo, en adición a nuestras reglas como han sido establecidas en este Aviso), presentando un formulario escrito de "Solicitud de Restricciones de Uso y Divulgación" (por ejemplo, usted podría no querer que divulguemos su cirugía a miembros de la familia o amigos involucrados en pagar por nuestros servicios o proporcionarle cuidado en su casa). Si nosotros estamos de acuerdo con estas limitaciones adicionales, vamos a seguir las excepto que sea el caso de una emergencia, en el cual no tendremos

tiempo de chequear las limitaciones. También, en ciertas circunstancias, podríamos concederle su solicitud (por ejemplo, estamos requeridos por ley a usar o divulgar su ISP en la manera que usted quiera limitar, usted firmó un Formulario de Autorización, que usted podría revocar, lo que nos permite usar o divulgar su ISP en la forma que quiera restringirla, en una emergencia).

De requerir Comunicaciones Alternativas

Usted podría pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma diferente o en un lugar diferente presentando un Formulario de "Requerimiento de Comunicación Alternativa". Nosotros no vamos a preguntarle por qué y vamos a acomodar todas las solicitudes razonables (que podrían incluir: enviar recordatorios de citas en sobres cerrados antes que en postales, enviar su ISP a un apartado postal en vez de la dirección de su casa, comunicarse con usted a un número de teléfono antes que al teléfono de su casa). Usted debe decirnos cuáles son los medios alternativos o ubicación que quiere que usemos y explique, para nuestra satisfacción, cómo será hecho el pago si nos comunicamos con usted como usted solicitó.

De Quejarse o Conseguir Más Información

Vamos a seguir nuestras reglas como han sido establecidas en este Aviso. Si usted quiere más información o cree que sus derechos de privacidad han sido violados (por ejemplo, si usted no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la inspección / copiado, arreglo / corrección de divulgaciones, restricciones o comunicaciones

alternativas), queremos arreglar la situación. Nunca vamos a penalizarlo por presentar una queja. Para hacer eso, por favor presente una queja escrita y formal dentro de los 180 días con:

The U.S. Department of Health & Human Services

Office of Civil Rights

200 Independence Ave., S.W.

Washington, DC 20201

877.696.6775

O presente un formulario de Queja escrito en la dirección siguiente:

Cucamonga Valley Medical Group

16465 Sierra Lakes Parkway, Suite 300
Fontana, CA 92336

909.429.2864 | 909.429.2868

Usted puede conseguir un formulario de "Queja HI- PAA" llamando a nuestro oficial de privacidad.

Estas prácticas de privacidad están de acuerdo con la aplicación efectiva HIPAA del 14 de Abril del 2003, y sin fecha a la Regla General efectiva al 26 de Marzo del 2013 y serán efectivas hasta que las reemplazemos como ha sido especificado en la Ley Federal y/o Estatal.

Reglas Opcionales para el Aviso de Prácticas de Privacidad

Regla de Fax y Correo Electrónico

Cuando usted solicita que enviamos un fax o correo electrónico de su ISP como una comunicación alternativa, podríamos acordar hacer esto, pero sólo luego de que nuestro Oficial de Privacidad confirme que el número de fax o dirección de correo electrónico es correcto antes de enviar el mensaje y asegurar de que el receptor previsto

Aviso de Prácticas de Confidencialidad para Información Protegida de Salud

tiene único acceso a la máquina de fax o una computadora antes de enviar el mensaje; confirmar recibo, ubicar nuestra máquina de fax o computadora en una ubicación segura, por lo que el acceso autorizado y la vista está prevenida; usar una cubierta de fax para que la ISP no esté en la primer página para impresión (porque personas no autorizadas podrían ver la primer página); y adjuntar un aviso apropiado al mensaje. Nuestros correos electrónicos son encriptados bajo los Estándares Federales para su protección.

Regla de Transición de Clínicas

Si nosotros vendemos nuestra clínica, los registros de nuestros pacientes (incluyendo pero no limitándose a su ISP) pueden ser divulgadas y la custodia física puede ser transferida al proveedor de salud que lo compre, pero sólo de acuerdo a la ley. El proveedor de salud que sea el nuevo dueño de los registros va a ser únicamente responsable de asegurar la privacidad de su ISP luego de que el que transfiere y usted estén de acuerdo en que no tendremos ninguna responsabilidad por (u obligación asociada con) registros transferidos. Si todos los dueños de nuestra clínica mueren, los registros de nuestros pacientes (incluyendo pero no limitándose a su ISP) deben ser transferidos a otro proveedor de salud dentro de los 90 días para cumplir con las Leyes Federales y Estatales. Antes de que nosotros transfiramos los registros en cualquiera de estas dos situaciones, nuestro Oficial de Privacidad va a obtener un Acuerdo de Socios de Comercio de parte del comprador y revisará su ISP para información súperconfidencial (por ejemplo, registros de enfermedades

comunicables), que no va a ser transferida sin su expresa y escrita autorización (indicado por sus iniciales en nuestro Formulario de Consentimiento).

Registro de Pacientes Inactivos

Nosotros vamos a retener sus registros por siete años desde su último tratamiento o examinación, en cuyo caso usted se habrá convertido en un paciente inactivo en nuestra clínica, y nosotros podríamos destruir sus registros en ese momento (pero los registros de pacientes menores inactivos no serán destruidos antes del cumpleaños número dieciocho del niño). También vamos a hacer esto sólo de acuerdo con la ley (por ejemplo, de manera confidencial, con un Acuerdo de Socio de Comercio prohibiendo la redivulgación si fuera necesario).

Colecciones

Si nosotros usamos o divulgamos su ISP con pro- pósitos de colección, sólo lo haremos de acuerdo con la ley.



Autorización para divulgar o recibir registros médicos

Se le solicita esta autorización para el uso o divulgación de información médica para cumplir con los términos de la Ley de Privacidad:

► NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE ► NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

► DIRECCIÓN DE CALLE

► CIUDAD ► ESTADO ► CÓDIGO POSTAL
► TELÉFONO ► CELULA

Por la presente autorizo (aquellos nombrados a continuación): ► iproporcionar a (aquellos nombrados a continuación): ► FECHA DE NACIMIENTO Este formulario se puede enviar por correo electrónico a: Records@CVMGdocs.com

► NOMBRE DEL MÉDICO / PROVEEDOR ► NOMBRE DEL MÉDICO / PROVEEDOR

► DIRECCIÓN DE CALLE ► DIRECCIÓN DE CALLE

► CIUDAD ► ESTADO ► CÓDIGO POSTAL ► CIUDAD ► ESTADO ► CÓDIGO POSTAL
► TELÉFONO ► FAX ► TELÉFONO ► FAX

Propósito de la divulgación Atención continua Seguro Fines Legales Uso personal

Otro/especificar: _____

Para que podamos evaluar completamente la salud de este paciente y tomar decisiones informadas, el paciente ha aprobado nuestra solicitud de copias de la siguiente información de las fechas de servicio ► Para ►

Reconozco que este centro de atención médica, de acuerdo con su Aviso de prácticas de privacidad (NOPP) y la Ley Ómnibus HIPAA, divulgará mis registros médicos especificados a los amigos mencionados anteriormente. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará al año de la fecha de la firma. Entiendo que firmar este formulario es voluntario y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, que debe enviarse por correo a 16465 Sierra Lakes Parkway, Suite 300, Fontana, CA 92336. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y/u obtener una copia del material a divulgar. Cucamonga Valley Medical Group no volverá a divulgar esta información, excepto con una autorización por escrito o según lo requiera o permita específicamente la ley. Cucamonga Valley Medical Group no condicionará la prestación de atención ni la recepción de beneficios a la firma de esta autorización. Una copia de esta autorización será tan efectiva como el original y tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Libero, libero de toda responsabilidad y acepto indemnizar a este centro de atención médica, sus empleados y agentes por toda responsabilidad (incluida, entre otras, negligencia) que surja o se produzca en virtud de este consentimiento.

Autorizo específicamente a este centro de atención médica a usar y divulgar verbalmente, por correo, fax, correo electrónico cifrado o no cifrado, los siguientes tipos de información súper confidencial como se indica en el NOPP. Iniciales cuando corresponda:

► INICIALES Abuso de alcohol y sustancias registradas de diagnóstico y tratamiento

► INICIALES Registros de VIH (incluidos registros de VIH resultados de pruebas) y enfermedades de transmisión sexual

► INICIALES Registros de salud mental

► FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR

► FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

► NOMBRE EN IMPRENTA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

909.429.CVMG[2864] | CVMGdocs.com

Los formularios se pueden enviar por correo electrónico a: Records@CVMGdocs.com



Cuestionario de salud del paciente

NOMBRE:

FECHA:

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuán qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

		NUNCA	VARIOS DIAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DIAS	CASI TODOS LOS DIAS
1.	Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2.	Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3.	Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4.	Sentirse cansado/a a tener poca energía	0	1	2	3
5.	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6.	Sentir falta de amor propio - o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	0	1	2	3
7.	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8.	Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta -o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9.	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3

add columns: + +

TOTAL:

10.	Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto	
		Algo difícil	
		Muy difícil	
		Extremadamente difícil	

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs Robert L Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information, contact Dr Spitzer at ris8@columbia.edu Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.



Cuestionario de Detección de Tuberculosis

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

FECHA

Gracias por tomarse el tiempo de responder a las siguientes preguntas como preparación para su examen de tuberculosis.		
1. ¿Usted o alguna de las personas que visita habitualmente han sido diagnosticadas o se sospecha que padecen tuberculosis activa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene familiares o visitantes frecuentes que hayan nacido en países con alta prevalencia de tuberculosis (Asia, África, América Latina, Europa del Este)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha nacido o viaja a países con alta prevalencia de tuberculosis (Asia, África, América Latina, Europa del Este)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Vive en centros de acogida o residencias?)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene infección por VIH u otras afecciones inmunosupresoras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Vive con alguien seropositivo al VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Vive o visita con frecuencia a personas que han estado encarceladas en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Vive o se relaciona frecuentemente con personas sin hogar, trabajadores inmigrantes, consumidores de drogas callejeras o residentes en residencias de ancianos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Consume bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Trabaja en el sector de la Salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha dado positivo alguna vez en la prueba de tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Se ha vacunado contra la tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Cuándo se hizo la última prueba de la tuberculosis?		

Por favor, devuelva el formulario lleno al asistente médico cuando le llamen a la sala de examen. Muchas gracias.