



Center for Dermatology AND LASER SURGERY

Beata L. Rydzik, M.D

Dermatólogo Certificado por el Consejo

Bernard A. Gasch, M.D

Dermatólogo Certificado por el Consejo

Holly Chandler, PA-C

Asistente Médico

Joe Welch, PA-C

Asistente Médico

Kari Kobayashi, PA-C

Asistente Médico

Mary Burnell, PA-C

Asistente Médico

Estimado/a Nuevo/a Paciente,

El Centro de Dermatología y Cirugía Láser le da la bienvenida a nuestra práctica de Dermatología y nos complace que haya elegido a CDLS para brindarle servicios dermatológicos.

Adjunto encontrará nuestro formulario de Registro de Paciente, nuestro aviso de privacidad HIPAA, la Política Financiera, y un formulario de Historia del Paciente. Por favor, llene las formas y tráigalas con usted el día de su cita. Si tiene alguna pregunta después de leer el material adjunto, estaremos encantados de responderle por teléfono antes de su visita. Le pedimos que llegue 15 minutos antes de la hora de su cita. En su visita inicial, usted deberá tomarse el tiempo suficiente para registrarse, hacer que sus tarjetas de identificación sean escaneadas en el sistema y dar a nuestro personal de recepción tiempo suficiente para ingresar su información de los formularios adjuntos. Hemos incluido instrucciones para llegar a la clínica para ayudarle a llegar temprano a su cita.

Si usted tiene seguro de salud, por favor traiga su tarjeta de seguro e identificación con foto para que podamos hacer una copia de ellos. Esto es necesario para que podamos presentar correctamente sus reclamaciones a su compañía de seguros. Si usted debe tener un copago, le pedimos que esté preparado para pagar esto en el momento de su cita.

Le recomendamos que se comunique con su compañía de seguros para confirmar que estamos en su red de salud y que no es necesario obtener una referencia para ver a uno de nuestros dermatólogos. Esto podría ahorrarle mucho tiempo y dinero si lo confirma antes de la cita.

Si usted ha visto a un dermatólogo antes, por favor asegúrese de obtener esos registros antes de ver a uno de nuestros médicos. Por favor contacte a su proveedor anterior para obtener un Formulario de Autorización de Registros Médicos, o se le puede proporcionar uno en nuestra clínica.

Si por alguna razón no puede asistir a su cita, le pedimos que se comunique con nuestra oficina por lo menos 24 horas antes de la hora de su cita. Nos reservamos el derecho de cobrar una cuota por citas que no se presenten.

Si tiene alguna pregunta antes de su cita, puede comunicarse con nuestra oficina llamando o enviando un mensaje de texto al 503-297-3440 y con gusto le ayudaremos.

Esperamos conocerlo en el momento de su visita.

Le agradecemos que nos seleccione para su cuidado dermatológico y trabajaremos duro para satisfacer sus necesidades.

El Equipo de CDLS



Información del Paciente (Por favor use su nombre legal)

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____
Apodo _____ SS# _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo H M
Correo Electrónico _____ Depto # _____
Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Tel primario _____ Cel/Casa/Trabajo _____ Tel alternativo _____ Cel/Casa/Trabajo _____
Correo Electrónico _____ Modo preferido de contacto: Tel Texto E-mail
Modo de contacto confidencial:(citas o asuntos de finanzas) Tel primario correo electrónico seguro carta
Estado civil: Soltero/a Casado/a Pareja domestica Legalmente separado/a Divorciado/a Viudo/a
Raza: Blanca Hispana o Latina Negra/Afroamericana Asiática Indígena americana/Indígena de Alaska
Etnia: Hispana o latina No Hispana ni latina Idioma principal: _____

Seguro Primario

Nombre de la compañía _____ Abonado _____
Fecha de nacimiento del abonado ____/____/____ Relación al paciente _____ Fecha Efectiva ____/____/____
ID# del seguro _____ Grupo # _____

Seguro Secundario

Nombre de la compañía _____ Abonado _____
Fecha de nacimiento del abonado ____/____/____ Relación al paciente _____ Fecha Efectiva ____/____/____
ID# del seguro _____ Grupo # _____

Seguro Terciario

Nombre de la compañía _____ Abonado _____
Fecha de nacimiento del abonado ____/____/____ Relación al paciente _____ Fecha Efectiva ____/____/____
ID# del seguro _____ Grupo # _____

Informacion del Responsable (complete esta sección sólo si alguien que no sea el paciente es financieramente responsable)

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
H M Relación al paciente _____ Tel primario _____ Cel/Casa/Trabajo _____
Dirección de correo _____ Depto # _____
Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Contacto de Emergencia (Contacto de emergencia debe ser mayor de los 18 años)

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Tel primario _____ Cel/Casa/Trabajo Tel alternativo _____ Cel/Casa/Trabajo

¿Como se enteró de nosotros?

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| _____ Angie's List | _____ Correo de CDLS o un evento |
| _____ Facebook | _____ E-mail Blast |
| _____ Yelp | _____ Páginas Amarillas/Directorios |
| _____ Google/Bing/Yahoo | _____ Propaganda local |
| _____ Citysearch | _____ Amigo/Referencia |
| _____ ZocDoc | _____ Oficina anterior |
| _____ Médico referente _____ | _____ Otro _____ |

¿Desea recibir correos electrónicos sobre actualizaciones y promociones de dermatología? Si No

Doy mi consentimiento para revelar: (Esta autorización es de naturaleza personal, familiar o amigo. Por favor, marque todas las que correspondan o elija no tener autorización)

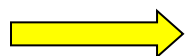
- Información médica (por ejemplo: verificar las recetas, recibir los resultados de las pruebas o discutir un diagnóstico)
- Información de la cita (ejemplo: programar, cancelar, cambiar o preguntar sobre una cita)
- No hay autorización para revelar a nadie

A: _____ Relación: _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Autorizo al Centro de Dermatología y Cirugía Láser a proporcionar servicios médicos al paciente mencionado anteriormente y a usar y divulgar información médica según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También asigno al Centro de Dermatología y Cirugía Láser todos los pagos a los que tengo derecho para gastos médicos y quirúrgicos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que estén cubiertos por el seguro o no. También entiendo que la falta de hacer los copagos del seguro en el momento de la visita resultará en cargos adicionales. Se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Usos y Divulgaciones de Información Médica Protegida (Notificación de Prácticas de Privacidad) de mi médico.

_____/_____/_____
Firma del Paciente o Responsable **Fecha**



POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir el Centro de Dermatología y Cirugía Láser para sus necesidades dermatológicas. Estamos comprometidos a proporcionarle atención médica de calidad. Por favor, lea esta política de pago actualizada, háganos cualquier pregunta que tenga y firme en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia a su solicitud.

1. Auto-Pago: A los pacientes que pagan por su cuenta sin seguro se les pedirá que paguen el saldo total en el momento de la visita. El pago realizado en su totalidad en el momento de la visita tendrá un 20% de descuento. Si usted no puede pagar el total en la visita, se requiere un depósito de \$206 para pacientes nuevos y \$139 para pacientes establecidos. Todos los cargos adicionales serán facturados directamente a usted con el pago total dentro de los 30 días siguientes a la fecha del servicio y no recibirán el 20% de descuento.

2. Seguros: Se requiere que los pacientes traigan su tarjeta de identificación de seguro actual a cada cita. Es responsabilidad del paciente informarnos de cualquier cambio en el seguro, dirección o número de teléfono. Si no hay ninguna tarjeta de seguro presente y necesaria en el momento de su visita, se le cobrará el depósito de \$206 para pacientes nuevos o \$139 para pacientes establecidos. Usted será responsable de pagar su deducible anual, coaseguro, copago y cualquier cargo por todos los servicios no cubiertos. **Si su seguro requiere una referencia, por favor llame a su médico de atención primaria para obtener una antes de su visita. Sin una referencia, se le pedirá que reprograma su cita.

3. Copagos: Todos los copagos deben ser pagados al momento de recibir el servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. La falta de cobro de los copagos de los pacientes por nuestra parte puede considerarse un fraude. Por favor ayúdenos a mantener la ley pagando su copago en cada visita. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, todas las principales tarjetas de crédito y Care Credit para todas las visitas médicas. Si no se recibe un copago en el momento de su visita, se agregará un cargo de facturación de \$20 a su cuenta.

4. Medicare: Aceptamos la asignación de Medicare y facturaremos a su seguro secundario por usted. Usted es responsable de pagar su deducible, copago, coseguro y cualquier cantidad no pagada por Medicare o su seguro secundario.

5. Planes Fuera de la Red: Los pacientes que están cubiertos por un plan privado en el que nuestros médicos no son proveedores participantes deberán pagar un depósito de \$206 para pacientes nuevos y \$139 para pacientes establecidos en el momento del servicio. El saldo total sin pagar que quede después del pago de su seguro se le facturará a usted sin importar los beneficios y las políticas de pago de su compañía de seguros.

6. Honorarios de patología y laboratorio. Tenga en cuenta que cualquier patología y/o costos de laboratorio se facturarán por separado de su visita. Si usted tiene un procedimiento que requiere que enviemos una muestra al laboratorio en su nombre, recibirá una factura de ese laboratorio. Por favor avísenos en el momento de su visita si su compañía de seguros requiere que usted use un laboratorio específico.

7. Citas Cosméticas y Compra de Productos: Aceptamos efectivo o tarjeta solamente - no cheques por favor. Los cheques están bien para los servicios médicos.

8. Política de cancelación: Nuestro objetivo es proporcionar atención dermatológica de calidad de manera oportuna. Hemos implementado una política de cancelación que nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención dermatológica. **El no cancelar su cita médica o cosmética sin aviso previo de 24 horas se considera un "no show". Al no acudir a la cita se le cobrará \$100 por una visita al consultorio/visita cosmética-incluyendo consultas. Hay un cargo de \$150 por las citas de cirugía y se requiere una notificación con 48 horas de anticipación para cancelar. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Nos reservamos el derecho de despedir a los pacientes de nuestra práctica después de 3 citas perdidas en un período de 12 meses. Por favor ayúdenos a servir mejor a todos nuestros pacientes manteniendo sus citas programadas regularmente.

9. Cheque devuelto: En caso de que recibamos un cheque devuelto debido a fondos insuficientes, se le cobrará un cargo de \$35.00 por cheque a su cuenta. El pago se deberá realizar en su totalidad inmediatamente después de la notificación.

10. Cuentas Delincuentes: Los pacientes en un plan de pago por un saldo vencido deben proceder como Auto-Pago hasta que el saldo sea pagado en su totalidad. Si el saldo de su cuenta se entrega a una agencia de cobranza externa, se le cobrará una tarifa de procesamiento de \$25 a su cuenta. Una vez que la cuenta ha sido entregada a cobranzas, todas las citas futuras procederán como Auto-Pago hasta que se procese el seguro.

NOTA IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS DE SU SEGURO:

Por favor, asegúrese de revisar los beneficios de su seguro. Los tratamientos y procedimientos recomendados para usted son considerados por su compañía de seguros como un cargo separado de la visita al consultorio con el proveedor, incluso si la cita ocurre el mismo día de su cita con el proveedor. Por lo general, los copagos y deducibles se aplican a este tipo de citas. Si tiene preguntas específicas sobre las pautas de su póliza de seguro, comuníquese con el departamento de servicio al cliente de su compañía de seguros. Como cortesía, nuestra oficina puede comunicarse con su seguro para verificar la cobertura en su nombre para procedimientos específicos realizados en nuestra oficina. Tenga en cuenta que la cotización vendrá directamente de su compañía de seguros y el Centro de Dermatología y Cirugía Láser no se responsabiliza de ninguna manera por cualquier información errónea proporcionada por su compañía de seguros.



Nuestra práctica está comprometida a proporcionar la mejor atención a nuestros pacientes. Nuestros cargos son representativos de los cargos usuales y acostumbrados en nuestra área. Gracias por entender nuestra política de pagos. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entendido la política de pago y estoy de acuerdo en cumplir con sus pautas:

Nombre en Letra de Imprenta

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o responsable

Fecha de hoy

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Medico Primario: _____ Medico que Deriva: _____
 Farmacia: _____ Direccion/Ubicacion: _____

Historial Médico Pasado (por favor marque con un círculo todo lo que corresponda):

Ansiedad	Hepatitis
Artritis	Hipertensión / Presión Arterial Alta
Articulaciones Artificiales	VIH/SIDA
Asma	Hipercolestolemia/Colesterol alto
Fibrilación auricular	Hipertiroidismo/Alta Tiroidea
HBP (hiperplasia prostática benigna)	Hipotiroidismo/tiroidismo bajo
Transplante de Medula Osea	Leucemia
Cáncer de Mama	Cáncer del Pulmon
Cáncer del Colon	Lymphoma
COPD (Enfisema)	Cáncer de Prostata
Enfermedad de las arterias coronarias	Tratamiento de Radiación
Depresion	Convulsiones
Diabetes	Derrame Cerebral
Enfermedad Renal en Etapa Terminal	Reemplazo de válvula
GERD (reflujo ácido)	NINGUNA
Pérdida de Audición	
Otra: _____	

Historial quirúrgico anterior (por favor, indique): _____

Historial de enfermedades de la piel (marque con un círculo todas las que correspondan):

Acne	Fiebre del Heno/Alergias
Queratosis Actínica	Melanoma
Asma	Hiedra Venenosa
Carcinoma de células basales	Lunares Precancerosos (Atípicos)
Quemaduras de sol con ampollas	Psoriasis
Piel Reseca	Carcinoma de células escamosas
Eczema	NINGUNA
Descamación o picazón en el cuero cabelludo	
Otra: _____	

¿Usa protector solar? SI NO
 Si la respuesta es afirmativa, por favor indique cual SPF:
 ¿Se broncea en un salón de bronceado? SI NO
 ¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? SI NO
 Si la respuesta es afirmativa, indique la relación: _____

¿Tiene antecedentes familiares de: Carcinoma basocelular Carcinoma de células escamosas SI SI NO NO
Síndrome de ovarios poliquísticos SI NO Trastornos autoinmunes SI NO

Si la respuesta es afirmativa, indique la relación: _____

Síntomas actuales (marque con un círculo todos los que correspondan):

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Problemas de sangrado | Inmunosupresión |
| Problemas con la curación | Tos |
| Problemas con la cicatrización | Fiebre o escalofríos |
| Dolor abdominal | Sudor nocturno |
| Vision borrosa | Pérdida de peso no intencional |
| Sangre en las heces | Problemas de las tiroides |
| Dolor articular | Dolor de garganta |
| Dolor muscular/debilidad | Sangre en la orina |
| Depresión | Rigidez del cuello |
| Dolores de cabeza | Convulsiones |
| Mareos | Sibilancias |
| Falta de aire | Ansiedad |
| Entumecimiento/Hormigueo | Urticaria |
| Menstruación irregular | Fiebre del Heno |

Alertas (marque con un círculo todas las que correspondan):

- Necesita antibióticos antes de los procedimientos
- Latidos cardíacos rápidos con epinefrina
- Embarazada o planeando un embarazo
- Actualmente amamantando
- Tomando anticoagulantes
- Alergia a los adhesivos
- Alergia a la lidocaína (u otro anestésico)
- Alergia a pomadas antibióticas tópicas
- Alergia al latex
- Marcapasos

Por favor liste todos los medicamentos y suplementos que está tomando actualmente:

Por favor, indique cualquier alergia a medicamentos (por ejemplo: antibióticos, aspirina, analgésicos, neosporina, etc.):

Historia Social (Por favor circule uno):

Consumo del alcohol: Nada No a diario A diario 1-2 por día 3 o mas por día
Consumo del tabaco: Nunca Fumaba antes No a diario A diario

Ocupación y lugar de trabajo: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha** _____

cambiar los términos de esta notificación, y para hacer efectivos los nuevos términos para toda la información cubierta por nuestra notificación. Si tales cambios ocurren, le informaremos de los nuevos términos proporcionando una copia de los cambios en nuestro lobby.

Consentimiento para la Divulgación de Información

Cuando comencemos su cuidado, le pediremos que firme un acuerdo que permita la divulgación de su información sólo para los propósitos descritos en este aviso. Debido a que dichos discursos son importantes para coordinar su atención médica, requerimos su consentimiento para acceder a nuestros servicios. Este aviso proporciona información adicional con respecto a estas revelaciones y cualquier revelación que podamos hacer sin su consentimiento. Antes de hacer una revelación para cualquier propósito no mencionado en este aviso, le pediremos una autorización por escrito.

Sus derechos de privacidad

Por favor, tenga en cuenta que usted tiene derechos muy específicos con respecto al uso y divulgación de su información. Hemos enumerado sus derechos a continuación.

Derecho a la notificación de las prácticas de privacidad

Usted tiene el derecho de ser notificado de nuestras políticas con respecto a nuestro uso y divulgación de su información. Este documento le proporciona esa notificación.

Derecho a solicitar la restricción de usos y divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en el uso y divulgación de su información. Si usted lo solicita dicha restricción, podemos optar por cumplir con su solicitud o terminar su cuidado aquí. En ciertos casos, su decisión de restringir la divulgación de información puede invalidar su cobertura de seguro, y podemos requerir que usted ejecute una renuncia a los beneficios del seguro y un acuerdo de pago para recibir atención. Si usted ha sido lesionado en el trabajo y ha presentado un reclamo de compensación de trabajadores, la ley de Oregon prohíbe limitar la divulgación a su compañía de seguros o empleador auto asegurado. En general, no aceptaremos solicitudes para limitar la divulgación de su información relacionada con (a) la coordinación de su atención médica, (b) las operaciones internas de nuestro consultorio, o (c) los requisitos legales. Simplemente es demasiado difícil cumplir con tales restricciones.

Para hacer una solicitud para limitar la divulgación de su información, por favor contacte a nuestro Oficial de

Privacidad en 503.297.3440.

Derecho de acceso a inspeccionar y obtener una copia de la información médica protegida

Usted tiene el derecho, después de darnos un aviso razonable, de visitar nuestra oficina e inspeccionar nuestros registros médicos con respecto a su atención. Puede solicitar que nuestra comunicación con usted sea confidencial; por ejemplo, puede solicitar que sólo le llamemos a su casa, no al trabajo. Usted también tiene derecho a recibir copias de nuestros registros médicos con respecto a su atención. Antes de su inspección o recepción de nuestros registros, su médico revisará su registro. Su médico tiene el derecho de sustituir un resumen de nuestro registro si, en su opinión, la divulgación del registro le perjudicaría. Esta situación es muy rara en nuestra práctica, y usted generalmente recibirá acceso sin restricciones a su expediente médico.

No permitimos la inspección o copia de los registros médicos que recibimos de otros proveedores, pero podemos ayudarlo a identificar a dichos proveedores para que usted pueda solicitar sus registros directamente.

Para solicitar una inspección o una copia de su expediente, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al 503.297.3440.

Derecho a Enmendar la Información Protegida de Salud

Si usted cree que nuestros registros contienen errores, puede solicitar por escrito que se modifiquen. Nos reservamos el derecho de revisar su solicitud y negarnos a enmendar el registro. Por lo general, aceptaremos colocar una copia de la enmienda propuesta en el registro, incluso cuando no estemos de acuerdo en enmendar el registro en sí.

Por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 503.297.3440 para solicitar una enmienda.

Derecho a una divulgación contable de la información médica protegida

Registramos cada vez que revelamos su información. Usted tiene el derecho de solicitar un informe de cada divulgación.

Por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 503.297.3440 a solicitar un informe de las divulgaciones.

Quejas e investigaciones

Hemos desarrollado procedimientos para investigar cualquier queja o preocupación que usted pueda tener con respecto a nuestro uso y divulgación de su información, o cualquier otra queja que usted pueda tener con respecto a nuestros servicios. La ley le permite ponerse en contacto con

el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con quejas sobre nuestro uso y distribución de información. También puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad en el lugar, quien se dedica a investigar las quejas relacionadas con el uso y la divulgación de la información bajo nuestro cuidado.

Independientemente de con quién se ponga en contacto, no tomaremos represalias en su contra por dicha queja, y legalmente no podemos hacerlo. Nuestro Oficial de Privacidad puede ser contactado al 503.297.3440.

Tipos de usos y divulgaciones de su información médica protegida

Podemos divulgar su información para los siguientes propósitos sin su consentimiento.

Para fines de tratamiento

Podemos revelar información necesaria para la provisión, coordinación o administración del cuidado de la salud y servicios relacionados, incluyendo la coordinación entre nuestra oficina y un tercero, tal como una consulta entre proveedores médicos o una referencia de nuestra oficina a otro proveedor. Por ejemplo, podemos enviar un informe detallando nuestro diagnóstico y tratamiento a su médico de atención primaria, a su fisioterapeuta tratante o a otro médico involucrado en su atención.

Para fines de pago

Para obtener el reembolso de su seguro médico, es posible que se nos pida que divulguemos su información. Esto puede ser necesario para determinar su elegibilidad o cobertura y la adjudicación de reclamos, facturación, administración de reclamos y actividades de cobranza. También es posible que se nos exija que divulguemos su información a su seguro médico para revisar la necesidad médica, la cobertura, la idoneidad o la justificación de nuestros cargos.

Por ejemplo, muchos seguros requieren que presentemos copias de la tabla como condición para el reembolso de nuestros servicios. El proceso de autorización previa para procedimientos diagnósticos o quirúrgicos específicos representa otro ejemplo en el que podemos revelar su información para obtener la aprobación de su seguro médico para proceder con un curso de atención recomendado.

Para fines de operaciones de atención médica

Podemos divulgar su información dentro de nuestra organización con el propósito de:

1. Actividades de evaluación y mejora de la calidad, incluyendo la evaluación de resultados y el desarrollo de guías clínicas.
2. Revisar la competencia o cualificación de nuestros proveedores.
3. Llevar a cabo o hacer arreglos para una revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, incluyendo programas de detección de fraude y abuso y de cumplimiento.
4. Gestionar y operar nuestra práctica, incluyendo el desarrollo y la administración de formularios y actividades generales de gestión de negocios como el servicio al cliente y la resolución de quejas.

Un ejemplo de tal revelación es la revisión periódica de la tabla llevada a cabo por nuestro Comité de Revisión de Pares para asegurar la calidad de nuestros servicios.

Otros Propósitos

Hay una variedad de otros propósitos para los cuales podemos, o podemos ser requeridos a, usar o revelar información acerca de usted sin su consentimiento o autorización por escrito. Esto incluye la revelación de información:

(A) para actividades de salud pública, tales como reportar a una agencia de salud pública, según lo autorizado por la ley; reportar enfermedades, lesiones o eventos vitales, tales como nacimiento o muerte; y reportar eventos adversos a la Administración de Drogas y Alimentos;

(B) sobre las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo requiera la ley;

(C) a una agencia de supervisión de la salud, según lo autorizado por la ley; incluyendo, pero no limitado a auditorías; investigaciones civiles, administrativas o criminales; licencias o acciones disciplinarias, u otras actividades necesarias para la supervisión apropiada del sistema de atención de la salud; y programas de beneficios del gobierno;

(D) para procedimientos judiciales y administrativos, en respuesta a una orden judicial o citación válida. Si recibimos una citación para su información, requeriremos que la parte que presenta la citación nos proporcione evidencia de que se le ha proporcionado un aviso adecuado y la oportunidad de objetar la divulgación de su información antes de su divulgación;

(E) para propósitos de aplicación de la ley, en cumplimiento con, y como limitado por, una orden judicial, una citación, una citación emitida por un oficial judicial, y una citación del gran jurado; o en situaciones de emergencia o cuando una conducta criminal ha ocurrido en nuestras instalaciones, sujeto a limitaciones según lo dispuesto por la

ley;

(F) a los médicos forenses y examinadores médicos, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte;

(G) para fines de donación de órganos, ojos o tejidos, cuando dichas donaciones hayan sido autorizadas;

(H) para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público;

(I) para el personal de las fuerzas armadas y los veteranos, para disuadir a una persona de que reúna los requisitos para recibir beneficios;

(J) para la compensación de los trabajadores, según lo dispuesto por la ley estatal;

(K) para los reclusos de una institución correccional o bajo custodia de un oficial de la ley, para proporcionar atención médica y para la seguridad y protección de la institución correccional.

Todos los demás usos y divulgaciones de información sobre usted se harán sólo con su autorización por escrito.

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito a menos que (a) ya hayamos actuado en base a su autorización, (b) la autorización haya sido obtenida como una condición para que usted obtenga cobertura de seguro, o (c) otras leyes le otorguen a su seguro médico el derecho de impugnar una reclamación bajo su póliza.

Además, es posible que nos pongamos en contacto con usted de vez en cuando para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. En ningún caso venderemos o proporcionaremos su información a terceros para fines comerciales.

Tenga en cuenta que, incluso si usted ha aceptado recibir esta notificación electrónicamente, tiene derecho a obtener una copia impresa si así lo solicita.

Para obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, para presentar una solicitud de acceso a sus registros, o para cualquier otra necesidad relacionada con el manejo de su información en el Centro de Dermatología y Cirugía Láser, PC, por favor, póngase en contacto:

Center for Dermatology and Laser Surgery, PC

Attn: Privacy Officer

9135 SW Barnes Rd., Ste. 875

Portland OR 97225

Telephone: 503.297.3440

Fax: 503.297.4584

Aviso de Practicas de Privacidad

Entra en vigencia: 1 de enero de 2012

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO

LA INFORMACIÓN MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE

Todos nosotros en el Centro de Dermatología y Cirugía Láser, PC tomamos muy en serio nuestra responsabilidad de salvaguardar su información médica protegida. Valoramos su confianza como una parte importante de nuestra capacidad para proporcionarle la mejor atención médica posible. También reconocemos que la privacidad individual se está erosionando rápidamente en nuestra cultura y estamos dedicados a defender su derecho a una relación confidencial con su médico. Este aviso tiene la intención de informarle de cómo protegemos, usamos y divulgamos su información, así como de explicarle su derecho a controlar estas divulgaciones.

Sólo revelaremos su información en los siguientes casos:

1. Podemos divulgar su información para coordinar su atención médica.
2. También podemos divulgar su información para asegurarnos de que usted reciba los beneficios del seguro.
3. Podemos divulgar su información internamente para mejorar las operaciones de nuestra práctica. Esto incluye nuestro compromiso de revisar la calidad de la atención que brindamos.
4. Podemos divulgar su información para cumplir con un número limitado de requisitos legales según se describe en este aviso.

En esta notificación se proporciona información adicional sobre cada una de estas divulgaciones. Sin embargo, sólo revelaremos la cantidad mínima de información necesaria para el propósito para el que fue solicitada.

Al igual que muchos documentos legales, puede parecer a primera vista que este aviso se trata más de permitir la divulgación que de limitarla. Sin embargo, creemos que es importante que usted esté plenamente informado de las diversas razones por las que podríamos divulgar su información.

Nuestro Deber

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información. También debemos proporcionarle una notificación de nuestras prácticas y obligaciones legales que se relacionan con su información.

Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso de prácticas de privacidad.

Es posible que tengamos que revisar las prácticas de privacidad de vez en cuando. Nos reservamos el derecho de

