



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Conforme a lo requerido por las normas sobre la confidencialidad adoptadas en La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (“HIPAA”-siglas en inglés) de 1996

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE
CÓMO PUEDE SER USADA Y REVELADA LA INFORMACIÓN
DE SALUD DE NUESTROS PACIENTES
Y CÓMO PUEDEN ELLOS TENER ACCESO A SU
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE SALUD.
POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.**

A. NUESTRO COMPROMISO CON LA PRIVACIDAD

Boston Children's Health Physicians, LLP (en lo sucesivo “BCHP”) es una consulta médica de múltiples especialidades. Estamos dedicados a mantener la privacidad de la información de identificación individual o la información médica protegida (“PHI” por sus siglas en inglés) de nuestros pacientes. Por ley, tenemos la obligación de mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica a nuestros pacientes y entregarles esta notificación acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad concernientes a la información médica protegida de ellos. Esta notificación se aplica a la información médica protegida de nuestros pacientes adultos y pediátricos. Por consiguiente, el uso de los terminos “usted” y “su” en esta notificación se aplican a nuestros pacientes y su información médica protegida, al igual que a los representantes personales de nuestros pacientes; por ejemplo, los padres o el tutor de un menor de edad, el tutor de un mayor de edad que no posee la capacidad juridical o una persona autorizada en nombre de un paciente fallecido.

Tenemos la obligación de proveerle a nuestros pacientes la información importante que se expone más adelante con respecto a cómo podemos usar y revelar la información médica protegida de ellos, cuáles son nuestras obligaciones concernientes al uso y la revelación, y los derechos a la privacidad de ellos concernientes a dicha información. El siguiente es un breve resumen de algunos de los derechos importantes del paciente con respecto a su información médica protegida:

- derecho a recibir una copia de esta Notificación de Privacidad;
- derecho a inspeccionar y copiar cierta información de salud;
- derecho a recibir un informe de ciertas revelaciones que hagamos de la información médica protegida de ellos;
- derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo usamos y revelamos la información médica protegida;

- derecho a recibir notificación cuando ocurra una violación de revelación de cualquiera de su información médica protegida no asegurada;
- derecho a solicitar modificaciones de la información médica protegida;
- derecho a revocar una autorización que hayamos obtenido para revelar la información médica protegida; y
- derecho a presentar reclamos acerca de presuntas violaciones de sus derechos de privacidad.

Las cláusulas de esta notificación se aplican a todo el historial médico que contiene la información médica protegida de nuestros pacientes que sea creada o mantenida por nuestra consulta. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar esta Notificación de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o modificación de esta notificación será vigente para todo el historial médico que se haya creado o mantenido en nuestra consulta en el pasado y para cualquier historial médico que pudiéramos crear o mantener en el futuro. Nuestro consultorio colocará una copia de esta notificación en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento y usted podrá solicitar la copia más actual de la notificación en cualquier momento.

B. POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON NUESTRA OFICIAL DE SEGURIDAD SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTA NOTIFICACIÓN:

Oficial de seguridad
 Boston Children's Health Physicians, LLP
 40 Sunshine Cottage Road
 Skyline Drive
 Valhalla, NY 10595
 Teléfono # 914-922-2271

C. TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

1. Tratamiento. Nuestro consultorio puede usar la información médica protegida de nuestros pacientes para darles tratamiento. Por ejemplo, podríamos revelar su información médica protegida o la de su menor de edad de la siguiente manera:

- Para ordenar exámenes de laboratorio (tales como pruebas de sangre o de orina), cuyos resultados nos podrían ayudar a alcanzar un diagnóstico.
- Para recetar medicamentos, o podríamos revelar su información médica protegida a una farmacia cuando ordenemos una receta médica para usted.
- Para darle tratamiento o ayudar a otros en el tratamiento de nuestros pacientes.
- Para informarle acerca de las posibles opciones, alternativas o programas de tratamiento.
- Para que otras personas a las que usted les ha dado autorización traigan a su menor de edad a la oficina y/o para que den consentimiento para darle tratamiento. Por ejemplo, si usted le pide a un familiar suyo o a una niñera que traiga a su menor de edad a nuestra oficina para recibir tratamiento por un resfriado, el pariente o la niñera pueden tener acceso a la información médica de su menor de edad.
- Para que otros proveedores de atención de salud la usen para los fines relacionados al tratamiento de nuestros pacientes.

2. Pago. Nuestro consultorio médico puede usar y revelar su información médica protegida para la facturación y el cobro de artículos y servicios que le suministremos a nuestros pacientes. Por ejemplo, podemos revelar su información médica protegida de la siguiente manera:

- Para ponernos en contacto con su compañía de seguros para certificar que usted tiene derecho a los beneficios (y a qué gama de beneficios), y podemos proporcionarle a su compañía de seguros médicos los detalles acerca su tratamiento para determinar si la compañía cubrirá o pagará por el tratamiento.
- Para obtener pago de otros terceros que puedan ser responsables por pagar dichos costos.
- Para enviarle la factura directamente por servicios y artículos.
- Para otros proveedores de atención de salud y entidades para ayudarles en sus esfuerzos para la facturación y el cobro.

3. Operaciones de atención de salud. Nuestra oficina puede usar y revelar la información médica protegida de nuestros pacientes para la operación de nuestro consultorio médico. Algunos ejemplos de las maneras en las cuales podríamos usar o revelar su información incluyen, entre otras, las siguientes:

- Para evaluar y mejorar la calidad de nuestra atención de salud, o para realizar actividades de ahorro de gastos y la planificación de negocios de nuestro consultorio médico.
- Para proporcionársela al trabajador social como parte de la gestión de casos.
- Para ponernos en contacto con usted y recordarle las citas.
- Para informarle acerca de los beneficios de salud o servicios relacionados que puedan ser de interés para usted.
- Para participar en la enseñanza y las actividades de aprendizaje con estudiantes y otros aprendices de la profesión médica (por ejemplo, estudiantes de medicina, médicos residentes, enfermeros/as, técnicos y otros).

D. USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

Las siguientes categorías describen situaciones singulares en las que podemos usar o revelar información médica protegida individual en la medida en que dicho uso o revelación sea requerido por la ley:

1. Riesgos para la salud pública. Nuestro consultorio médico puede revelar la información médica protegida a las autoridades de salud pública u otras personas autorizadas por la ley para recopilar información con los siguientes fines:

- Para mantener los registros vitales, tales como nacimientos y defunciones.
- Para denunciar malos tratos o abandono de menores de edad.
- Para la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para informar acerca de la exposición potencial a enfermedades contagiosas.
- Para informar acerca de el riesgo potencial de propagar o contraer una enfermedad o afección.
- Para informar acerca de las reacciones adversas a los medicamentos o problemas con productos o dispositivos.
- Para informar a su empleador acerca de ciertas enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

2. Actividades de supervisión de la salud. Nuestro consultorio puede revelar la información médica protegida a una agencia de supervisión de salud relacionada con aquellas actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencias y sanciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales, u otras actividades necesarias para que el gobierno pueda monitorear los programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de salud en general.

3. Demandas y procedimientos similares. Nuestra consulta puede usar y revelar la información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa, si es que usted llega a estar involucrado en

una demanda o procedimiento similar. También podemos revelar su información médica protegida en respuesta a una solicitud de descubrimiento de pruebas, citación, u otro proceso legal de otra parte interesada en un litigio cuando recibamos garantías satisfactorias de que a usted se le ha dado notificación de la solicitud y se le ha dado tiempo para formular objeciones y de que se hayan tomado otras precauciones apropiadas.

4. Agencias del orden público. Podemos revelar la información médica protegida si nos lo solicita un agente del orden público:

- En ciertas situaciones, si es en relación con la víctima de un delito, aun si no podemos obtener el consentimiento de la persona.
- Con respecto a una muerte que creamos que pueda haber resultado de alguna conducta delictiva.
- En relación con alguna conducta delictiva que haya ocurrido en nuestras oficinas.
- En respuesta a una orden de registro, orden de comparecencia, orden judicial, citación o procedimiento legal similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, a un testigo esencial, a un fugitivo o a una persona desaparecida.

5. Víctimas de abuso, abandono o violencia en el hogar. Podemos revelar la información personal de salud de un menor de edad a la autoridad gubernamental, incluyendo a una agencia de servicio social o agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir informes de abuso, abandono, explotación o violencia en el hogar, si creemos razonablemente que el menor de edad ha sido la víctima de algún abuso, abandono, explotación o violencia en el hogar. Cualquier tipo de revelación deberá hacerse de conformidad con las leyes aplicables.

6. Pacientes fallecidos. Nuestro consultorio puede revelar la información médica protegida a un examinador médico o forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar la información si ésta es necesaria para que los directores de la funeraria puedan realizar su trabajo.

7. Investigación. En ciertas circunstancias limitadas, nuestro consultorio puede usar y revelar información médica protegida para fines de investigación. Obtendremos su autorización escrita para usar su información médica protegida para fines de investigación excepto cuando una Junta Interna de Revisión o de Privacidad haya determinado que la renuncia a su autorización cumple con los siguientes criterios: (i) el uso o la revelación no implica más que un riesgo mínimo a su privacidad basado en lo siguiente: (A) un plan adecuado para proteger los datos identificadores del uso inadecuado y la revelación indebida; (B) un plan adecuado para destruir los datos identificadores a la mayor brevedad posible consistente con la investigación (a menos que exista justificación para retener los datos identificadores por motivos de salud o investigación o si, por lo contrario, dicha retention es requerida por la ley y (C) garantías escritas adecuadas de que la información médica protegida no volverá a ser usada o revelada a ninguna otra persona o entidad (excepto cuando la ley lo requiera) para la supervisión autorizada de un estudio de investigación o para otras investigaciones para las cuales su uso y revelación sean de otro modo permitidos; (ii) cuando no sea prácticamente posible realizar la investigación sin la renuncia; y (iii) cuando no sea prácticamente posible realizar la investigación sin tener acceso y usar la información médica protegida.

8. Actividades de Recaudación de Fondos. Podemos suministrar la información básica de contacto y las fechas en que usted recibió tratamiento a Children's Health and Research Foundation, Inc. (La Fundación para la Salud e Investigación Infantil), cuyo sitio web es: "<http://www.chrfoundation.net/>", la cual es una organización de beneficencia pública cuya misión es apoyar y fomentar la salud de menores y familias pobres en el Valle Hudson de Nueva York y las regiones vecinas. Puede ser que esta organización de beneficencia pública se comunique con usted para solicitar una donación. Usted puede optar por dejar de recibir comunicaciones de recaudación de fondos por medio de enviar una solicitud escrita a la Funcionaria de Privacidad.

9. Graves riesgos para la salud o la seguridad. Nuestro consultorio puede revelar y usar la información médica protegida cuando sea necesario para reducir o prevenir un riesgo grave para la salud o la seguridad de un paciente, o para la salud o la seguridad de otro individuo o del público. En estas circunstancias, haremos revelaciones únicamente a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

10. Compensación por accidentes de trabajo. Nuestro consultorio puede revelar la información médica protegida en casos de compensación por accidentes de trabajo y programas similares.

11. Donación de órganos. Podemos revelar la información médica protegida a organizaciones de adquisición de órganos con fines de la donación de órganos, ojos o tejidos, según lo permita la ley.

12. Profesionales Asociados. Algunos de nuestros servicios son brindados por nuestros socios profesionales que prestan servicios en nuestro nombre por contrato. En tales situaciones, podemos revelar la información médica protegida a nuestros socios profesionales para que estos puedan desempeñar el trabajo que nosotros les hayamos solicitado. Para salvaguardar su información médica protegida, requerimos que todos nuestros socios de negocios firmen un convenio que les obliga a cumplir con lo exigido por las normas sobre la confidencialidad adoptadas en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

13. Cumplimiento. Estamos obligados a revelar la información médica protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a la persona que este designe, cuando lo solicite para investigar nuestro cumplimiento con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos o a usted cuando lo solicite de conformidad con la Sección E.3 a continuación.

14. Recordatorios de citas. Podemos usar o revelar su información médica protegida para contactarnos con usted y proveerle recordatorios de citas o información acerca de tratamientos alternos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que consideremos pueden ser de su interés. Podemos recordarle sus citas por medio de enviarle una postal por correo a la dirección que usted nos suministró o llamarle a su teléfono en casa y dejarle un mensaje en su contestador automático, o con la persona que conteste el teléfono. Estos recordatorios telefónicos revelarán el nombre del paciente, la dirección, la fecha y el lugar de la cita.

15. Requerido por ley. Además de los usos y revelaciones anteriormente enumerados, podemos usar y revelar la información médica protegida en la medida que la ley nos lo exiga.

E. DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida que mantengamos:

1. Comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nuestro consultorio se comunique con usted acerca de su salud y cuestiones relacionadas de una manera determinada o a un cierto lugar utilizando otras direcciones de correo o números de teléfono. Por ejemplo, usted puede solicitar que no nos pongamos en contacto con usted en su trabajo. Para solicitar un cierto tipo de comunicación confidencial, deberá presentar una solicitud por escrito a la Funcionaria de Privacidad, especificando el método de contacto que solicita o el lugar al que desea que nos comuniquemos con usted. Nuestro consultorio honrará solicitudes razonables. No nos tiene que dar una razón para su solicitud.

2. Para solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o revelación de su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud. Así mismo, tiene derecho a solicitar que restrinjamos la revelación de su información médica protegida, para que ésta sea revelada solamente a ciertos individuos involucrados en su atención médica o el pago por la atención médica, tales como sus familiares y amigos. **Generalmente, no estamos obligados a aceptar su solicitud; pero si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley requiera lo contrario, en casos de urgencia, o cuando la información sea necesaria para el**

tratamiento. Es nuestro deber conceder su solicitud para restringir la revelación a un plan de salud si usted paga su factura sin usar seguro médico. Puede solicitar que BHP restrinja la revelación de su información médica protegida a su compañía de seguros, y concederemos su solicitud, si usted paga su factura en su totalidad directamente de su propio bolsillo, o si alguien más lo hace a nombre suyo, sin presentar un reclamo a una compañía de seguros. Para solicitar una restricción de nuestro uso o revelación de su información médica protegida. Deberá presentar su solicitud por escrito ante la Funcionaria de Privacidad. Su solicitud deberá describir de manera clara y concisa:

- la información que usted desea que sea restringida.
- Si usted está solicitando limitar el uso o revelación de información por parte de nuestro consultorio o ambas cosas; y
- A quién quiere que se aplique la limitación.

3. Inspección y copias. Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información médica protegida que pueda ser usada para tomar decisiones acerca de usted, incluyendo el historial médico del paciente y los registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Deberá presentar su solicitud por escrito a la Funcionaria de Privacidad para inspeccionar y/o para obtener una copia de su información médica protegida. Nuestro consultorio le puede cobrar una tarifa por los costos de las copias, el correo, la labor y los artículos relacionados con su solicitud. Nuestro consultorio puede negar su solicitud para inspeccionar y/o copiar bajo ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, si denegamos su solicitud, usted puede solicitar una revisión. En tal caso, otro profesional autorizado de atención médica, designado por nosotros que no haya participado en negar su solicitud original, revisará la solicitud y la denegación de la misma.

4. Modificación. Puede solicitar que nosotros modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta, y puede solicitar una modificación mientras que la información sea mantenida por o para nuestro consultorio médico. Deberá presentar su solicitud por escrito ante la Funcionaria de Privacidad para solicitar una modificación. Deberá proporcionarnos una razón que apoye su solicitud de modificación. Su solicitud será denegada por nuestro consultorio médico si no la presenta por escrito, enunciando las razones que la respaldan. También, podemos negar su solicitud si usted nos solicita que modifiquemos información que en nuestra opinión: (a) es exacta y completa; (b) no es parte de la información médica protegida mantenida en o para nuestro consultorio; (c) no es parte de la información médica protegida que se le permite inspeccionar o copiar a usted; o (d) no fue creada por nuestro consultorio médico, a menos que el individuo o la entidad que creo la información no esté disponible para modificar la información.

5. Informe sobre las revelaciones. Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar un “informe sobre las revelaciones”. El “informe sobre las revelaciones” es una lista de ciertas revelaciones no rutinarias que haya hecho nuestro consultorio médico de la información médica protegida de nuestros pacientes que no se haya hecho con fines de tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud. No se requiere documentar el uso de su información médica protegida como parte del cuidado rutinario del paciente en nuestro consultorio. Como por ejemplo si el médico comparte la información con la enfermera o si el departamento de facturación utiliza su información para presentar su reclamación a la compañía de seguros. Tampoco suministraremos un informe sobre las revelaciones hechas a usted, o inherentes al uso o revelación que se nos permite hacer, como se describe anteriormente, o de conformidad con una autorización. Deberá presentar su solicitud por escrito ante la Funcionaria de Privacidad para obtener un informe de las revelaciones. Toda solicitud de un “informe sobre las revelaciones” deberá indicar un período de tiempo, que no exceda (6) años a partir de la fecha de revelación y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. La primera lista que usted solicite dentro de un plazo de 12 meses será gratuita, pero nuestro consultorio le podrá cobrar por listas adicionales dentro del mismo plazo de 12 meses. Nuestro consultorio le notificará los costos relacionados con solicitudes adicionales, y podrá retirar su solicitud por escrito sin incurrir en un gasto.

6. Derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Comuníquese con la Funcionaria de Privacidad para obtener una copia impresa de esta notificación.

7. Derecho a presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en nuestro consultorio o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Póngase en contacto con nuestra Funcionaria de Privacidad para presentar un reclamo en nuestro consultorio médico. Todo reclamo deberá ser presentado por escrito. No se le penalizará por presentar reclamos.

8. Notificación de una violación por revelación. Usted tiene derecho a que se le notifique cuando haya ocurrido una violación por la revelación de cualquiera de su información médica protegida no asegurada.

9. Derecho a proporcionar autorización para otros usos y revelaciones. Nuestro consultorio obtendrá su autorización escrita para usos y revelaciones que no hayan sido identificados en esta notificación o que sean permitidos de conformidad con la ley aplicable. Sin limitación de lo anterior, BHP no usará ni revelará su información médica protegida para la comercialización o la venta de su información médica protegida sin su autorización escrita. Nuestro consultorio tampoco usará o revelará las notas de psicoterapia a excepción de la manera como se explica en la sección F.2 que figura a continuación. Cualquier autorización que usted nos proporcione para el uso o revelación de su información médica protegida podrá ser revocada por escrito en cualquier momento, pero no se aplicará a usos o revelaciones que se hayan hecho antes de que hayamos recibido dicha revocación. La revocación no se hará efectiva con respecto a acciones que hayamos tomado basándonos en su autorización, o cuando la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro médico para su atención médica. Una vez que usted haya revocado su autorización, no usaremos ni revelaremos su información médica protegida por las razones descritas en la autorización. Por favor recuerde que estamos obligados a mantener registros de su cuidado médico.

F. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

1. Menores de edad. De conformidad con la ley del Estado de Nueva York los menores de edad (menores de los 18 años) tienen derecho a solicitar y recibir atención médica sin el consentimiento de los padres cuando la atención médica se brinda bajo las siguientes circunstancias:

- Un menor de edad de uno u otro sexo que tenga un hijo o una hija puede dar consentimiento para su propia atención médica.
- Una menor de edad que solicite servicios de atención médica específicos para el embarazo puede dar su consentimiento para su propia atención médica.
- Una menor de edad que solicite servicios anticonceptivos puede dar su consentimiento para su propia atención médica.
- Un menor de edad de uno u otro sexo que solicite tratamiento para enfermedades de transmisión sexual puede dar su consentimiento para su propia atención médica.

La información médica obtenida bajo cualquiera de las circunstancias anteriores es confidencial y no puede ser revelada a nadie, incluyendo los padres o el tutor, sin el consentimiento del menor de edad.

2. Tratamiento psicológico.

Las notas de psicoterapia se definen como cualquier apunte registrado en cualquier medio por un proveedor de atención de salud que sea un profesional de salud mental que documente o analice el contenido de una conversación sostenida durante una sesión de terapia privada o una sesión de terapia en grupo, conjunta o familiar, y que están separadas del resto del historial clínico del individuo. Nosotros no revelaremos ni usaremos sus notas de psicoterapia sin su autorización escrita salvo en limitadas

excepciones tales como para que el terapeuta las use durante su tratamiento, revelaciones a estudiantes que participen en el aprendizaje bajo supervisión para mejorar sus capacidades de asesoramiento, y para evitar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad o a la salud y seguridad de otros.

Las recetas médicas y el seguimiento, las horas de inicio de las sesiones de terapia, la modalidad y frecuencia del tratamiento, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha, todos se excluyen de la definición de notas de psicoterapia.

Por favor póngase en contacto con nuestra Funcionaria de Privacidad si tiene preguntas con respecto a esta notificación o las políticas de la privacidad de nuestra información de salud.

Fecha de vigencia. Esta notificación entra en vigor a partir del 1 de abril de 2013.

H:\HEALTH\CWPW\Compliance\Comp P Docs\Privacy Policy rev 3.29.13.doc

Este documento es una traducción del documento original en inglés y se ofrece para la conveniencia de nuestros pacientes. En caso de que exista alguna ambigüedad o discrepancia entre el inglés y la versión en español, la versión en inglés prevalecerá.

Herbert Kania Pediatric Group affiliated with



Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

formerly CWPW

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

El sexo de Pateint: Macho femenino

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Nombre del Padre: _____ La edad del padre: _____

La edad del padre: _____ La edad de la madre: _____

Teléfono celular del padre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular de la madre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de los hermanos (s):

Fecha de nacimiento:

Historia de nacimiento:

Hospital de nacimiento: _____ Peso de nacimiento: _____

Complicaciones del embarazo (prematuridad, presión arterial alta, diabetes, hemorragia, infecciones, medicamentos o medicamentos o exámenes anormales):

Sección vaginal o cesárea, si la cesárea fue el motivo? _____

Complicaciones del recién nacido (guardería regular o UCIN, oxígeno necesario, fototerapia, antibióticos, etc.)? _____

Leche materna o fórmula: _____

¿Su hijo adoptó, si es así desde dónde y a qué edad? _____

¿Quién fue el médico anterior de su hijo? _____

(Por favor, continúa en la página siguiente)



Historia médica pasada:

¿Su hijo ha sido hospitalizado por algún motivo o ha tenido alguna operación?

¿Su hijo tiene algún problema médico continuo o toma algún medicamento?

¿Tu hijo tiene alguna alergia? _____

¿Tiene el registro de vacunación de su hijo? _____

Historia familiar:

¿Alguien de ambos lados de la familia tiene epilepsia, trastornos hemorrágicos, asma o alergias, enfermedad cardíaca o colesterol alto?

¿Alguien en la familia murió repentinamente o sin explicación?

Historia social:

¿Cuántas personas viven en casa con su hijo? _____

¿Fuma alguien que vive en casa? _____

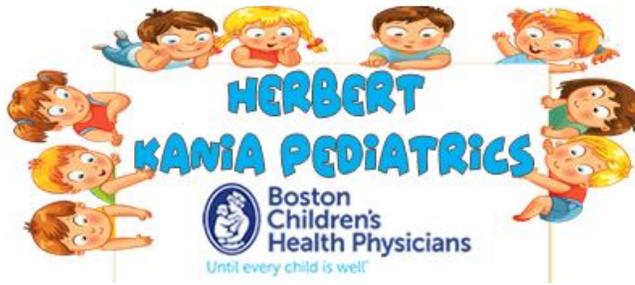
¿Hay mascotas en casa? _____

¿Está o estará su hijo en la guardería o preescolar? _____

¿A qué escuela asiste su hijo y en qué grado? _____

¿Cómo hace su hijo en la escuela? _____

¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo ?



INFORMACIÓN DE REGISTRO

POR FAVOR IMPRIMIR

NUEVOS MANDATOS DE SALUD REQUIEREN QUE TODOS LOS CAMPOS DE INFORMACIÓN DE REGRESIÓN DE PACIENTES SE COMPLETEN:

Fecha: _____

INFORMACIÓN PARA PADRES

Padre: _____

(Apellido)

(Nombre de pila)

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Celda: _____

Empleado por: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

Madre: _____

(Apellido)

(Nombre de pila)

Teléfono de casa: _____ Celda: _____

Empleado por: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSIBLE

Quién es responsable de esta cuenta?: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEPENDIENTE

Paciente: _____
(Apellido) (Nombre de pila)

Fecha de nacimiento: _____ Masculino _____ Hembra _____

CARRERA: _____ ETNICIDAD: _____ LENGUAJE PRIMARIO: _____
 Blanco Hispano / Latino
 Negro / África América No es hispano / latino
 American Indian/Alaska Native Rehusó especificar / Desconocio
 asiático Ninguna
 Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
 Todas las otras razas
 Paciente Rehusó Especificar / Desconocido

Niños adicionales en la práctica:

Paciente: _____
(Apellido) (Nombre de pila)

Fecha de nacimiento: _____ Masculino _____ Hembra _____

CARRERA: _____ ETNICIDAD: _____ LENGUAJE PRIMARIO: _____
 Blanco Hispano / Latino
 Negro / África América No es hispano / latino
 American Indian/Alaska Native Rehusó especificar / Desconocio
 asiático Ninguna
 Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
 Todas las otras razas
 Paciente Rehusó Especificar / Desconocido

Paciente: _____
(Apellido) (Nombre de pila)

Fecha de nacimiento: _____ Masculino _____ Hembra _____

CARRERA: _____ ETNICIDAD: _____ LENGUAJE PRIMARIO: _____
 Blanco Hispano / Latino
 Negro / África América No es hispano / latino
 American Indian/Alaska Native Rehusó especificar / Desconocio
 asiático Ninguna
 Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
 Todas las otras razas
 Paciente Rehusó Especificar / Desconocido

Qué farmacia primaria usas??: _____

Segunda elección de farmacia?: _____

Tienes dirección de correo electrónico? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro primario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Titular de la póliza D.O.B. _____

Nombre del seguro secundario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Titular de la póliza D.O.B. _____

Presente la tarjeta del seguro a la recepcionista, se le pedirá que presente su tarjeta en cada visita.

PRIVACY INFORMATION

Para cumplir con las regulaciones federales con respecto a su privacidad en nuestra oficina, le pedimos que complete las siguientes preguntas:

Podemos dejar mensajes de cita en / con:		dejar otra información médica en / con:	
Su contestador automático?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Su contestador automático?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono móvil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono móvil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Texto móvil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Texto móvil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo de voz de Office?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo de voz de Office?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Con otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Con otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por correo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por correo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vía correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vía correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si respondió **SÍ** para permitirnos hablar sobre su cita y / o información médica con otra persona, enumere el (los) nombre (s) y la (s) relación (es) con quienes podemos discutir esta información a continuación.:

(Firma del Padre / Tutor)

(Fecha)



Por este medio acuso recibo de la notificación de las prácticas de protección de la privacidad de **Boston Children's Health Physicians, LLP's** (de aquí en adelante referido como BHP). Así mismo entiendo que si tuviese alguna pregunta acerca de las prácticas de protección de la privacidad de BHP o acerca de mis derechos sobre mi información médica personal, de acuerdo a lo expresado en esta notificación puedo recurrir al oficial encargado de la protección de la privacidad en BHP para obtener mas información.

 Nombre del paciente

 Nombre del encargado

 Firma del paciente

 Firma del encargado

 Fecha

 Relación con el paciente

**DOCUMENTATION SUPPORTING GOOD FAITH EFFORT TO OBTAIN
 ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Patient Name: _____

Patient Identification #: _____

I hereby certify that on ____ / ____ / ____ I made a good faith effort to obtain the above patient's written acknowledgment of receipt of BHP's Notice of Privacy Practices, but I was unable to do so for the following reason(s):

Name of Staff Person (Please Print Name) _____

Signature of Staff Person

Date

NOTE: THIS DOCUMENT SHOULD BE MAINTAINED PERMANENTLY IN THE PATIENT'S MEDICAL RECORD OR OTHER FILE ON PROVIDER'S PREMISES.