

Srirengam Muralidhasan, M.D. LLC
1605 El Paseo Rd, Las Cruces NM 88001
P: 575-523-5400 F: 575-523-5401

Infomacion Sobre el Paciente Por Favor usar Letra Molde

Informacion del Paciente

Apellido	Primer Nombre	Inicial de Medio Nombre				
Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Pareja de vida <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Viuda (o) Idioma <small>Que no sea Ingles</small>						
Race	<input type="checkbox"/> Negros no Hispanos	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano (a)	<input type="checkbox"/> Asiatico/ Las Islas Pacifico	<input type="checkbox"/> Blanco no Hispano	<input type="checkbox"/> otro
Etnia	<input type="checkbox"/> Hispano (a) o Latin <input type="checkbox"/> No Hispano (a) o Latin <input type="checkbox"/> Prefiere no Reportar					
Direccion	Apt #	Ciudad	Estado	Codigo Postal		
Telefono de Casa	Telefono de Trabajo		Telefono de Celular			
Direccion de Email	Status de Empleo	<input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Discapacitado (a) <input type="checkbox"/> Empleado (a) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Jubilado (a) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> otro				
Empleador	Telefono de Empleador					

Informacion de referencia Medica

Medico de Cabezera

Medico de Referencia

Responsable (padre o tutor de un menor de edad de 18 anos o hijo (a) dependiente)

Relacion con el Paciente <input type="checkbox"/> Mismo (si mismo pase a emergencia / Siguiete de Kin) <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> otro					
Apellido	Primer Nombre	Inicial de Medio Nombre			
Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social				
Direccion	Apt #	Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Telefono de Casa	Telefono de Trabajo		Telefono de Celular		
Direccion de Email	Status de Empleo	<input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Discapacitado (a) <input type="checkbox"/> Empleado (a) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Jubilado (a) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> otro			
Empleador	Telefono de Empleador				

NOTA: POR FAVOR PROPORCIONE TARJETA DE ASEGURANSA E IDENTIFICACIÓN CON FOTO PARA SER ESCANEADA A ARCHIVO.

En Caso de Emergencia/Proximo Pariente Infomacion de Contacto

Apellido	Primer Nombre	Relacion con el Paciente		
Direccion	Apt #	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Telefono de Casa	Telefono de Trabajo		Telefono de Celular	

Otro Informacion de Contacto/Que No Viva con el Paciente

Apellido	Primer Nombre	Relacion con el Paciente		
Direccion	Apt #	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Telefono de Casa	Telefono de Trabajo		Telefono de Celular	

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Autorización para tratamiento, liberación de información médica y la asignación de beneficios de seguro.

CONSENTIMIENTO para tratamiento: El abajo firmante autoriza al proveedor médico asignado a proporcionar tratamiento médico y quirúrgico por esos medios que considere necesario y apropiado en el tratamiento del paciente identificado abajo mientras que un paciente de S. Murali, M.D. LLC. Este tratamiento puede requerir procedimientos de diagnóstico incluyendo pero no limitado a las pruebas de laboratorio, dibujo para esas pruebas, rayos x y electrocardiograma de la sangre.

AUTORIZACIÓN DE LIBERACION: Por la presente autorizo S. Murali, M.D. LLC o mi médico/proveedor de asistir, para liberar o revelar a las compañías de seguros o información sobre los programas de beneficios para pacientes ambulatorios de mi expediente médico referente a mi tratamiento según sea necesario para procesar las reclamaciones de seguros.

DECLARACIÓN DE PERMISO PAGO DE BENEFICIOS DE MEDICARE A MÉDICO O PROVEEDOR: Yo certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago bajo el título XVII de la administración del Seguro Social o sus intermediarios o portadores es la información correcta para reclamaciones de Medicare. Solicito que se hizo pago de prestaciones autorizados en mi nombre. I asignar los beneficios pagaderos por servicios médicos que el médico o la organización de los servicios de objetos de decoración y autorizar tal médico o proveedor de servicios prestados.

Certificacion Pacientes de MEDICAID: Yo certifico la información dada por mí en la aplicación de pago como un beneficiario del programa Medicaid Título XIX es correcta y solicitud que el pago de prestaciones autorizados efectuará en mi nombre. Autorizo a cualquier titular de médica u otra información sobre mí para poner a disposición de la Comisión de Medicaid nuevo México visita cualquier información solicitada relativa a registros médicos, seguros o financieros relacionados con mi ambulatorio o tratamiento hospitalario. Por el presente certifico que todas las prestaciones del seguro deberán ser asignadas a la S. Murali, M.D. LLC o a mi médico o proveedor de asistir por los servicios prestados.

Acuerdo Financiero: Por los servicios prestados al paciente nombrado a continuación, el abajo firmante se compromete a pagar todos profesionales, ambulatorio o hospital visita los cargos no cubiertos por el seguro. También estoy de acuerdo pagar abogado razonables y/o colección cargos necesarios para la colección del pago. Además acepto permitir S. Murali, M.D. LLC en contacto con mi empleador para verificar empleo.
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT: Al firmar abajo, reconozco que me proporcionado una copia de la notificación de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha
Nombre del Tutor	Firma del Tutor (si el paciente es menor de edad)	Fecha

Srirengam Muralidhasan, M.D. LLC

1605 El Paseo Rd, Las Cruces NM 88001

P: 575-523-5400 F: 575-523-5401

REVISION DE SISTEMAS

¿Cuál de las siguientes tienes?

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Piel/Linfatico

Erupcion	Si	No
Nuevas manchas el la piel	Si	No
Infeccion de la piel	Si	No
Cambios en un lunar	Si	No
Llagas que no cicatrizan	Si	No
Ganglios linfaticos inflamados	Si	No

Neurologicos

Dolor de cabeza severo	Si	No
Desmayos	Si	No
Ataques y convulsions	Si	No
Mareo	Si	No
Perdida de la memoria	Si	No

Ojos

Problema de vision	Si	No
Glaucoma	Si	No

ENT

Ronquera	Si	No
Sangrado Nasal	Si	No
Perdida de Audicion	Si	No
Zumbido en los oidos	Si	No
Dificultad para deglutir	Si	No
Dolor de dientes o infeccion	Si	No

Urologicos

Ardor al orinar	Si	No
Sangre en la orina	Si	No
Frecuencia urinaria	Si	No

Trastornos Alergias/Immune

Fiebre del Heno	Si	No
Reaccion anafilactica	Si	No
Enfermedad reumatoide	Si	No
Otra enfermedad autoinmune	Si	No

Gastrointestinal

Ardor de estomago	Si	No
Dolor abdominal	Si	No
Nauseas	Si	No
Ictericia (amarillento)	Si	No
Taburete sangriento	Si	No
Taburete negro	Si	No

Motivo de la Visita:

Aparato Locomotor

Dolor en las articulaciones	Si	No
Hinchazon en las articulaciones	Si	No
Dolor de espalda	Si	No
Dolor de cuello	Si	No
Dolor muscular	Si	No

Hematologicas

Contusion facil	Si	No
Sangrado excesivo	Si	No

Constitucional

Fatiga cronica	Si	No
Perdida de peso	Si	No
Aumento de peso excesivo	Si	No
Fiebre	Si	No
Sudores nocturnos	Si	No

Cardiovasculares

Dolor de Pecho	Si	No
Dolor de pecho en reposo	Si	No
Dolor de pecho con esfuerzo	Si	No
Dificultad para respirar	Si	No
Palpitaciones de Corazon	Si	No
Mala circulacion	Si	No

Psicologica

Depresion	Si	No
Ansiedad	Si	No

Respiratoria

Asma	Si	No
Subilancias	Si	No
Dificultad para respirar	Si	No
Tos persistente	Si	No
Tos con sangre	Si	No

Nombres del especialista que ves:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Notas adicionales: _____

Srirengam Muralidhasan, M.D. LLC

1605 El Paseo Rd, Las Cruces NM 88001

P: 575-523-5400 F: 575-523-5401

NOTIFICACION HIPPA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de Vigencia: Junio de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con [Patty Quintana](#).

Nuestras Obligaciones:

Se nos requiere por ley a:

- Mantener la privacidad de información de salud protegida
- Dar este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica sobre usted
- Cumplir con los términos de nuestra notificación que está actualmente en efecto

¿CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

A continuación describen las maneras podemos utilizar y divulgar información de salud que le identifica a usted ("información de salud"). Excepto para los fines descritos a continuación, nosotros usaremos y revelaremos información médica solamente con su permiso por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito a nuestro oficial de privacidad de práctica.

Para el Tratamiento. Podemos usar y divulgar su información médica para su tratamiento y para proporcionarle servicios de salud relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información médica a doctores, enfermeras, técnicos y otro personal, incluyendo a las personas fuera de nuestra oficina, que están involucrados en su atención médica y necesitan la información para proporcionarle atención médica.

Para el Pago. Podemos utilizar y divulgar su información médica para que nosotros u otros podemos facturar y recibir pago de usted, una fiesta de empresa o de un tercero seguro para el tratamiento y servicios que recibió. Por ejemplo, nosotros podemos darle su información de plan de salud acerca de usted para que pagarán por su tratamiento.

Para Operaciones de Cuidado de la Salud. Podemos usar y divulgar información médica para fines de operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarias para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información para asegurarse de que el cuidado obstétrico o ginecológico que recibe es de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operación de cuidado de la salud.

Recordatorios de la Cita, Salud y Alternativas de Tratamiento Beneficios y Servicios Relacionados. Podemos utilizar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.

Individuos Involucrados en su Cuidado o el Pago de su Atención.

Cuando sea apropiado, podemos compartir información de salud con una persona que está involucrada en su atención médica o el pago de su atención, como tu familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad de asistencia en un esfuerzo de alivio de desastres.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, nosotros podemos usar y divulgar información médica para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento a aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Antes de que usemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Incluso sin autorización especial, nos podemos permitir investigadores para ver los registros para ayudarles a identificar a los pacientes que se pueden incluir en su proyecto de investigación o para otros propósitos similares, mientras no retire ni lleve una copia de cualquier información de salud.

SITUACIONES ESPECIALES

Como requerido por ley. Divulgaremos información médica cuando sea requerido por la ley internacional, federal, estatal o local.

Para Evitar una Amenaza Grave para la Salud o Seguridad. Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, las revelaciones, se realizará sólo a alguien que puede ser capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados de Negocios. Podemos divulgar información médica a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, nosotros podemos utilizar otra compañía para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que como se especifica en el contrato.

Organ and Tissue Donation. Si usted es un donante de órganos, podemos utilizar o divulgar información de salud a las organizaciones que manejan la adquisición de órganos u otras entidades dedican en adquisiciones, banca o el transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar de órganos, ojos o tejidos de donación y trasplante.

Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica según lo requerido por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información médica a las autoridades militares extranjeras apropiadas si usted es un miembro de un ejército extranjero.

Compensación de Trabajadores. Podemos divulgar información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por enfermedad o accidentes de trabajo.

Riesgos para la Salud Pública. Podemos divulgar información médica para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen generalmente divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; Informe nacimientos y muertes; abuso de informe o negligencia; reacciones de informe a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de retiradas de productos que puedan estar usando; una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.

Health Oversight Activities. Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para el gobierno controlar el sistema de salud, programas de gobierno y cumplimiento de las leyes derechos civiles.

Datos para Propósitos de Notificación Incumplimiento. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para proporcionar legalmente requerida avisos de acceso no autorizado o la divulgación de su información de salud.

Demandas y Disputas. Si usted está implicado en una demanda o una disputa, podemos divulgar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa, pero sólo si los esfuerzos han sido hechos para decirle acerca de la petición o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.

Aplicación de la Ley. Podemos divulgar información médica si somos preguntados por un oficial de la ley si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar; (2) información para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, material testigo limitada o desaparecido; (3) sobre la víctima de un crimen y si bajo ciertas circunstancias muy limitadas, somos capaces de obtener un acuerdo de la persona; (4) sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en caso de emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica a directores de funerarias según sea necesario para sus funciones.

Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional. Podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de Protección para el Presidente y otros. Podemos divulgar información médica a autorizar a los funcionarios federales para que ellos puedan proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

Los Internos o Individuos en Custodia. Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información de salud a la institución correccional u oficial de la ley. Esta versión sería si fuera necesario: (1) de la institución para proporcionarle atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

USOS Y DIVULGACIONES QUE NOS OBLIGAN A DARLE UNA OPORTUNIDAD A OBJETO Y OPTAR

Individuos Involucrados en su Cuidado o el Pago de su Atención. A menos que usted objeto, podemos revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que le identifique, su información de salud protegida que directamente se relaciona con la participación de esa persona en su salud, si usted es incapaz de acuerdo u objeto de una divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es en su mejor interés con base en nuestro juicio profesional.

Relevación del Desastre. Podemos divulgar su información médica protegida a las organizaciones de socorro ante desastres que buscan su información de salud protegida para coordinar su atención médica, o avisar a familiares y amigos de su ubicación o condición en un desastre. Te proporcionaremos la oportunidad de estar de acuerdo u oponerse a tal una revelación cuando prácticamente lo podemos hacer. YOUR

ESCRITO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizará solamente con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de información médica protegida a la comercialización; y
2. Divulgaciones que constituyen una venta de su información médica protegida

Otros usos y revelaciones de información protegida de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizará solamente con su autorización por escrito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocar en cualquier momento mediante el envío de una revocación escrita a nuestro oficial de privacidad y no divulgaremos información médica protegida bajo la autorización. Pero la revelación que hemos hecho en dependencia de

su autorización antes de que lo revocó no ser afectada por la revocación.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a información médica que tenemos sobre usted:

Derecho de inspeccionar y copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar información de salud que pueden utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, aparte de notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información médica, usted debe hacer su petición, por escrito, a **Viridiana Prieto**. Tenemos hasta 30 días para hacer disponible su información médica protegida a ti y te podemos cobrar una cuota razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su petición. Podemos no cargarle una tarifa si usted necesita la información para una reclamación de beneficios bajo la ley de Seguridad Social o de cualquier otro estado del programa de beneficios federales basado en las necesidades. Podemos negarle su petición en ciertas circunstancias limitadas. Si negamos su solicitud, usted tiene el derecho a tener la negación revisada por un profesional médico con licencia que no estuvo directamente implicado en la denegación de su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión....

Derecho a una copia electrónica de registros médicos electrónicos. Si se mantiene su información de salud protegida en formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o un registro de salud electrónica), usted tiene el derecho de solicitar que una copia electrónica de su expediente dado a usted o transmitida a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su información médica protegida en la forma o formato solicita, si es fácilmente producible en tal forma o formato. Si la información de salud protegida no es fácilmente producible en la forma o formato que usted solicita que su registro será proporcionado en o nuestro formato electrónico estándar, o si no desea que esta forma o formato, una forma de copia legible. Podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos de la mano de obra asociado con el registro médico electrónico de transmisión.

Derecho a recibir notificación de una violación. Usted tiene el derecho de ser notificado en un incumplimiento de cualquiera de su información de salud protegida sin garantía.

Derecho a enmendar. Si usted siente que la información médica que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información se mantiene por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, usted debe hacer su petición, por escrito, a **Patty Quintana**.

Derecho a una contabilidad de accesos. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho de información médica para fines que no sean de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o que proporcionaste autorización por escrito. Para solicitar un informe de divulgaciones, usted debe hacer su petición, por escrito, a **Bernice Navarro**.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o el

pago de su atención, como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no compartamos información sobre un determinado diagnóstico o el tratamiento con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacer su petición, por escrito, a **Patty Quintana**. No estamos obligados a aceptar su petición a menos que usted nos está pidiendo que restringir el uso y divulgación de su información médica protegida a un plan de salud para los propósitos de operación de pago o cuidado de la salud y dicha información que desea restringir pertenece exclusivamente a un elemento de salud o servicio para el cual nos ha pagado "efectivo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Hacia fuera-de-desembolso-pagos. Si usted pagó su bolsillo (o en otras palabras, usted ha solicitado que no cobramos su plan de salud) en su totalidad para un elemento específico o servicio, usted tiene el derecho de pedir que su información de salud protegida con respecto a dicho producto o servicio no será divulgada a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y cumpliremos con esa petición.

Derecho a pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que nosotros sólo en contacto con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su petición, por escrito, a **Patty Quintana**. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Nos adaptaremos a las solicitudes razonables.

Derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede pedirnos que le dará una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha accedido a recibir esta notificación electrónicamente, usted tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, **www.lascrucesurgentcare.com**. Para obtener una copia en papel de este aviso, usted puede pedir a alguien en la práctica.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso a la nueva notificación aplica a información médica que ya tenemos así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestra notificación actual en nuestra oficina. La notificación contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Para archivar una queja con nuestra oficina, póngase en contacto con **Patty Quintana**. Todas las quejas deben hacerse por escrito. ***Usted no se le penalizará por presentar una queja.***

Para más información sobre los requisitos de Privacidad HIPAA, transacciones electrónicas HIPAA y código establece las normas y las reglas de seguridad HIPAA propuestas, visite el sitio web del ACOG, **www.acog.org** o llame **(202) 863-2584**.