

# HAPY BEAR SURGERY CENTER, LLC

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## Información del Paciente

Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección Preferida: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Idioma:  Inglés (ENG)  Español (SPA)  Otro: \_\_\_\_\_

## Información de las Personas Responsables

Elige Uno: 

Padre Biológico/a <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	Padrastra/a <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	Crianza Temporaria <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	Guardián Legal <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	----------------------------------

Nombre: \_\_\_\_\_  Soltero/a  Casado/a  Otro

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_  
Ciudad

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Podríamos comunicarnos con Ud. sobre de las citas de su hijo/a con mensajes de texto?

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Podríamos comunicarnos con Ud. sobre de las citas de su hijo/a con correo electrónico?

Elige Uno: 

Padre Biológico/a <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	Padrastra/a <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	Crianza Temporaria <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	Guardián Legal <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	----------------------------------

Nombre: \_\_\_\_\_  Soltero/a  Casado/a  Otro

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_  
Ciudad

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Podríamos comunicarnos con Ud. sobre de las citas de su hijo/a con mensajes de texto?

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Sí No  
¿Podríamos comunicarnos con Ud. sobre de las citas de su hijo/a con correo electrónico?

# HAPY BEAR SURGERY CENTER, LLC

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA:** Hapy Bear Surgery Center cobrará el seguro de salud de la persona responsable por el tratamiento realizado. El día del tratamiento, cobramos el monto necesario para cubrir los costos que el seguro de salud no cubrirá. La persona responsable será facturada por todo cargo adicional que no sea cubierto por la compañía de seguros. Se realizará un reintegro a la persona responsable si la compañía de seguros paga más de lo previsto.

**ESTIMADO DE LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:** Todo presupuesto de costos, y todo monto recibido antes del tratamiento, son estimados basados según la información disponible por Hapy Bear Surgery Center al momento del servicio. Nosotros nos basamos en la información provista por la persona responsable en cuanto a la cobertura del seguro. Le ofreceremos un presupuesto previo a la fecha del procedimiento. **Por favor tenga en cuenta que dicho presupuesto es solo un estimado.** Si el odontólogo tratante determina que se debe hacer un cambio al tratamiento original propuesto, o tratamiento adicional es necesario, la persona responsable será informada y se revisará todo cambio en responsabilidad financiera.

**TENGA EN CUENTA:** Es la responsabilidad del guardián legal de proveer identificación válida actual y prueba de aseguranza.

**ACTIVIDAD DE COBRO:** Todo saldo de cuenta que no sea abonado dentro de 90 días desde la fecha de facturación será remitido a una agencia de cobro externa para seguimiento del cobro. Todo saldo de cuenta que continúe pendiente luego de esta transferencia puede ser reportado a una agencia de crédito. De ser necesario el litigio para cobrar el saldo exigible, la persona responsable acepta pagar todos los costos de cobranza incluyendo, pero no limitado a, tarifas de cobranza, honorarios del abogado, interés, y costos de la corte.

**MÉTODOS DE PAGO:** Aceptamos dinero en efectivo, cheque, Care Credit, y todas las principales tarjetas de crédito.

Si tiene alguna pregunta o duda, por favor llámenos al (559) 732-4279.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona responsable (Escrito)

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

# HAPY BEAR SURGERY CENTER, LLC

## HISTORIA MÉDICA del PACIENTE

Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Fecha de Hoy
Información proveída por:	<b>Biológico</b> <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra	<b>Crianza Temporal</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<b>Guardián Legal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Otro:</b> <input type="checkbox"/> _____		
<b>CONTACTCO de EMERGENCIA:</b> Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Relación al Paciente: _____							

### INFORMACIÓN de SALUD del PACIENTE:

1. ¿El paciente tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? **(Favor de marcar cada respuesta)**

<u>Cardiovascular</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>Respiratoria</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>Renal/Gastrointestinal</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Alta Presión . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infección recurrente del tracto urinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defectos Congénitos . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias Estacionales . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insuficiencia renal . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soplo cardíaco . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ronquidos . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ictericia . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de respiración . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apnea de Sueño . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acidez ó Reflujo Ácido . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre Reumática . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trauma de la vía aérea . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nauseas/Vómitos . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (detalles abajo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro (detalles abajo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tubo de Gastrostomía . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detalles: _____			Detalles: _____			Otro (detalles abajo) . . . . .		
<u>Endocrino</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>Muslosqueletal</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>Neurológico</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Diabetes . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parálisis Cerebral . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Convulsiones . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipoglucemia . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Distrofia muscular . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Daño traumático del Cerebro . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiper/Hipotiroidismo . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteogénesis Imperfecta . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor Crónico . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndrome Metabólico . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis Reumatoidea . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parálisis . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia Suprarrenal . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Escoliosis . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Derrame Cerebral. . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tomado esteroides? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Movimiento Limitado del Cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entumecimiento/Estremecimiento . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si 'Sí', ¿Cuándo? _____			Obesidad / Sobre Peso . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dificultad Tragando . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (detalles abajo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro (detalles abajo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro (detalles abajo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Salud Mental</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>Enfermedades Infecciosas/Crónicas</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>Hematología</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
ADD (Desorden de Déficit de Atención) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis (TB) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Célula Falciforme . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADHD (Déficit de Atención e Hiperactividad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A, B ó C . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sangrado Prologado . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retraso Mental . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH/SIDA . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coagulación Anormal . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndrome Down . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemofilia . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autismo. . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tipo: _____			Otro (detalles abajo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (detalles abajo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro (detalles abajo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Detalles: _____		

¿El paciente ha tenido alguna historia medica no mencionada arriba?  Sí  No  
 (ej: Defectos Congénitos, problemas oculares o del oído, nació prematuro, etc.) **¿Sí?, favor de explicar abajo:**

---



---



---

2. ¿El paciente ha tenido cualquier tipo de reacción alérgica?  Sí  No

Alergia	Nombre	Tipo de Reacción
Medicación		
Comida		
Látex		
Otra Cosa		

3. ¿El paciente tiene un Médico de Cabecera o Especialista Médica?  Sí  No **¿Sí?, favor de listar:**

NOMBRE	ESPECIALIDAD	Nº de TELÉFONO

4. ¿Cuáles medicamentos toma el paciente?  Sí  No **¿Sí?, favor de listar:**

NOMBRE de la MEDICACIÓN	INDICACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	¿Cuánto tiempo?	NOMBRE del MÉDICO

5. ¿El paciente ha tenido una enfermedad que haya requerido internación?  Sí  No

¿Sí?, favor de explicar: \_\_\_\_\_

6. ¿El paciente ha tenido cirugía?  Sí  No

¿Sí?, favor de explicar: \_\_\_\_\_

7. ¿El paciente tuvo un nacimiento normal?  Sí  No

Sí 'No', favor de explicar: \_\_\_\_\_

8. ¿El paciente ha tenido alguna vez complicaciones con Anestesia General?  Sí  No

Fiebre Alta  Dificultad de Intubación  Dificultad en Despertarse  Otro: \_\_\_\_\_

9. ¿El paciente tiene, o ha sido tratado recientemente por, piojos?  Sí  No

**10. SOLO Pacientes FEMENINAS:**

¿La paciente ha comenzado su ciclo de menstruación?  Sí  No ¿Sí? ¿Fecha de su último ciclo? \_\_\_\_\_

¿Existe la posibilidad de que la paciente esté embarazada?  Sí  No

Certifico que he provisto la historia clínica, farmacológica y odontológica honestamente y de acuerdo con la información que dispongo. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Autorizo al doctor a brindar cualquier tipo de información tales como exámenes diagnósticos y registros de cualquier tratamiento o evaluaciones del paciente durante el periodo de cuidado médico/dental a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. También autorizo a los doctores y a su personal a examinar visual y físicamente al paciente para obtener cualquier tipo de registro tales como radiografías (rayos-X), funciones vitales, etc., que posibiliten el diagnostico de los problemas médicos y dentales del paciente y su plan de tratamiento más apropiado. Asimismo, he recibido y entendido esta hoja de historia médica, y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian (Nombre Escrito)

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian (Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Doctor (Nombre Escrito)

\_\_\_\_\_  
Doctor (Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

# HAPY BEAR SURGERY CENTER, LLC

## Los Derechos del Paciente

1. El paciente ejercita estos derechos sin importar su sexo, cultura, situación económica, educacional o religiosa o el modo de pago para su tratamiento.
2. El paciente recibe información de su Doctor sobre su enfermedad, tipo de tratamiento y prospectos para su recuperación en términos que él/ella puede entender.
3. El paciente recibe tanta información sobre el tratamiento propuesto o procedimiento como sea necesario para poder ofrecer un consentimiento informado o rechazar el curso del tratamiento. Excepto en emergencias, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicos significativos en este tratamiento, cursos alternativos al tratamiento o no tratamiento y los riesgos envueltos en cada opción como también poder saber el nombre del profesional que ejecutará el procedimiento o tratamiento.
4. El paciente tiene derecho a participar activamente en las decisiones pertinentes a su cuidado médico. Hasta donde lo permita la ley, esto también incluye el derecho de rechazar el tratamiento.
5. El paciente tiene derecho a total privacidad en relación con su programa de cuidado médico; conversaciones sobre su caso, consultas, exámenes y tratamiento son confidenciales y serán conducidos discretamente. El paciente tiene derecho recibir información y autorizar la presencia de cualquier individuo.
6. El paciente tiene derecho a un tratamiento confidencial de todas sus comunicaciones y registros pertinentes a su cuidado y todos los registros deben estar en el centro de tal. Su permiso por escrito será obtenido antes de que sus registros médicos sean otorgados a cualquier persona no relacionada directamente con su cuidado.
7. El paciente tiene derecho a recibir respuestas razonables a cualquier pedido razonable que él/ella eleve en cuanto a la dispensación de servicios.
8. El paciente tiene derecho a abandonar el centro quirúrgico aun en contra del consejo de su Doctor; el paciente tiene derecho a una continuidad de cuidado razonable y de saber de antemano la hora y el lugar de la cita, así como también del doctor que provea los servicios.
9. Tenga cuidado si el centro quirúrgico o su doctor personal proponen su colaboración en realizar un experimento que afecte su cuidado de salud o tratamiento. El paciente tiene derecho a rechazar su participación en tales proyectos científicos sin que se comprometa su acceso al cuidado de su salud.
10. El paciente tiene derecho a informarse por medio de su doctor o delegado sobre todos los requerimientos de continuación de cuidado de salud luego de que se le dé de alta del centro quirúrgico.
11. El paciente tiene derecho a recibir información relacionada a costos y un plan de pago.
12. El paciente tiene derecho a examinar y recibir una explicación sobre su factura sin importar su forma de pago.
13. El paciente tiene derecho a saber que reglas y pólizas del centro quirúrgico se aplican a su conducta como paciente.
14. El paciente tiene derecho a aplicar todos sus derechos a la persona que tiene responsabilidad legal de tomar decisiones referidas a su cuidado médico o de su parte.
15. El paciente tiene derecho a rechazar cuidado médico, tratamiento y servicios de acuerdo con la ley y las regulaciones.
16. El paciente tiene el derecho de ser informado y cuando sea apropiado también sus familias, sobre los resultados de su cuidado médico, tratamiento y servicios, incluyendo consecuencias no anticipadas.
17. El paciente tiene derecho a estar libre de abuso mental, físico, sexual y verbal, negligencia y explotación.
18. El paciente tiene derecho a tener un intérprete calificado por cualquier idioma o barrera de comunicación.
19. Todo el personal de Hapy Bear deberá observar los derechos del paciente.

# HAPY BEAR SURGERY CENTER, LLC

## Las responsabilidades del paciente

### El paciente se responsabiliza por:

1. Ofrecer información completa y exacta sobre sus reclamos, historia médica pasada y cualquier medicación, incluyendo productos de venta libre y suplementos dietarios, alergias o sensibilidades y otros asuntos pertinentes a su salud.
2. Informar al centro sobre cualquier testamento vital, poder notarial para servicios de salud u otra directiva que pudiera afectar el cuidado del paciente.
3. Hacer saber si el paciente comprende claramente el curso de su tratamiento médico y lo que se espera del paciente en relación con el mismo.
4. Seguir el plan de tratamiento establecido por su doctor, incluyendo las instrucciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud, los cuales cumplen las órdenes del doctor.
5. Sus acciones de rechazar el tratamiento o no seguir las órdenes del Doctor.
6. Aceptar sus obligaciones financieras.
7. Tener un adulto responsable que transporte el paciente desde el centro a su casa donde podrá permanecer junto al mismo por 24 horas, si así es requerido por su proveedor.
8. Ser respetuoso y considerado de todos los derechos de otros pacientes y del personal de este centro.

## Directiva anticipada para la atención médica

Hapy Bear Surgery Center, LLC **NO** honra la orden de “No Resucitar.” **Siempre** se harán todos los esfuerzos de resucitación pulmonar y transferencia a un nivel superior de cuidado en caso de que el paciente sufra de un ataque cardíaco o respiratorio u otra situación que ponga en riesgo su vida.

## Información sobre la propiedad de Hapy Bear Surgery Center, LLC

El Dr. Kenneth D. Pierson y Jeremy Pierson son los propietarios de este centro quirúrgico. Si desea hablar con alguien sobre los servicios recibidos favor de comunicarse con Jeremy Pierson al (559) 732-4279 ext.151.

## Reporte de Quejas

Hapy Bear Surgery Center, LLC está dedicado a ofrecer un servicio de calidad y su opinión sobre este servicio es importante para nosotros. Si quiere felicitarnos o si siente que ha sido tratado de manera injusta, sin respecto o de manera inapropiada, por favor contáctenos al (559) 732-4279 ext. 150 y/o a la oficina del Defensor de Medicare al [www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp](http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp) dentro de 60 días de recibir nuestros servicios. Nosotros lo escucharemos y dirigiremos su queja u observación al individuo apropiado y/o comité para una resolución.

También puede notificar a JCAHO, el Departamento de Monitoreo de Calidad, sobre su experiencia con nuestro centro al 1 (800) 994-6610 o vía email: [compliant@jcaho.org](mailto:compliant@jcaho.org).

## Oficial de Privacidad

Por favor dirija todos los asuntos relacionados a su privacidad a nuestra Oficial de Privacidad, Janet Torres, al teléfono: (559) 732-4279 ext.106 o vía e-mail: [Janet@HapyBear.com](mailto:Janet@HapyBear.com)

---

Nombre

---

Firma

---

Fecha

# ANUNCIO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE ANUNCIO DESCRIBE COMO SERÁ USADA Y EXPUESTA LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y COMO UD. PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

**POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE:**

**La privacidad de la información sobre su salud es importante para nosotros.**

---

## NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL

Se nos exige por ley aplicable federal y estatal que mantengamos la privacidad de su información de salud. También se nos exige que le entreguemos este anuncio sobre nuestras prácticas de privacidad, obligaciones legales y sus derechos legales concernientes a la información sobre su salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este anuncio mientras estén en efecto. Este anuncio se encuentra en efecto desde el **23 de febrero de 2017** y se mantendrá en efecto hasta su reemplazo.

Nos reservamos los derechos de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este anuncio en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas privadas y los nuevos términos de nuestro anuncio efectivos para toda la información sobre salud que conservamos, incluyendo la información sobre salud que creamos o recibimos antes de hacer tales cambios. Antes de realizar cualquier cambio significativo en nuestras prácticas legales, modificaremos este anuncio y lo haremos disponible a pedido.

Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este anuncio, por favor contáctenos usando la información listada al final de este anuncio.

## MANERAS EN LAS QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos y exponemos su información sobre salud para el tratamiento, pago y operaciones de servicio de salud. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un especialista que le esté proporcionando tratamiento.

**Pagos:** Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para obtener reembolso por el tratamiento y los servicios que usted reciba de nosotros o de otra entidad involucrada en su atención. Las actividades de pago incluyen facturación, cobro, manejo de reclamos y determinaciones de elegibilidad y cobertura a fin de obtener pago de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, podemos enviarle reclamos a su plan dental que contendrán cierta información de salud.

**Operaciones de Salud:** Nosotros podemos utilizar y compartir su información de salud en conexión con nuestras operaciones de salud. Por ejemplo, operaciones de salud incluyen evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento, conducir programas de capacitación y actividades de licenciamiento.

**Su Autorización:** Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago, u operaciones de asistencia sanitaria, Ud. nos puede otorgar una autorización por escrito para usar tu información de salud o para compartirla con cualquier persona por cualquier propósito. Si Ud. nos otorga una autorización, Ud. también puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación que su autorización permitió mientras estaba en efecto. A menos que nos de una autorización por escrito, no podemos utilizar o compartir su información de salud por ninguna razón excepto las descritas en este Anuncio.

**Familiares y amigos:** Le debemos exponer su información de salud a Ud., como está especificado en la sección de Derechos del Paciente de este anuncio. Debemos exponer su información de salud a un familiar, amigo u otra persona siempre y cuando sea necesario para ayudar con su asistencia de salud o el pago por tal, pero únicamente si contamos con su autorización.

**Correo Electrónico Sin Protección** nosotros no le enviaremos emails no seguros en cuanto a su información de salud sin su previa autorización. Si Ud. nos autoriza comunicación a través de emails no seguros, Ud. tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

**Personas involucradas en su atención o responsables de pagar por su atención:** Nosotros podemos compartir su información de salud con un familiar o amigo suyo o con cualquier otra persona que usted identifique porque está involucrada con su atención o es responsable por el pago de su atención. Además, podemos divulgar información con respecto a usted con un representante de paciente. Si una persona cuenta con autorización legal para tomar decisiones de atención médica por usted, nosotros trataremos a ese representante del paciente de la misma manera que lo trataríamos a Ud. en lo que respecta a su información de salud.

**Marketing para Servicios sobre Salud** podemos contactarlo/la sobre productos o servicios relacionados con su tratamiento, gestión de casos, coordinación de casos, o para proponer otros tratamientos o beneficios de salud y servicios que le podrían interesar. También podemos alentarlos/la a adquirir un producto o servicio cuando visita nuestro centro. Si está en este momento inscrito en un plan odontológico, nosotros podemos recibir pago por comunicarnos con Ud. en relación a nuestra provisión, coordinación, o administración de su cuidado de salud con un tercero, nuestra consulta con otros proveedores de salud relacionada con el cuidado de su salud, o su derivación. De lo contrario no usaremos o revelaremos su información de salud para propósitos de mercadotecnia sin su autorización por escrito. Le comunicaremos si recibimos pago por actividad de mercadotecnia que Ud. ha autorizado.

**Cambios de dueño** Si este centro quirúrgico se vende o se fusiona con otro consultorio u organización, sus registros de salud se transformarán en propiedad del nuevo dueño. Sin embargo, Ud. puede pedir que copias de sus registros sanitarios se transfieran a otro centro quirúrgico.

**Requerido por ley:** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud cuando sea requerido por ley.

**Asistencia en caso de desastres:** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para prestar ayuda en casos de desastre.

**Actividades de salud pública:** Nosotros podemos divulgar su información de salud por razones de salud pública, y estas incluyen: Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; Reportar abuso de niños o casos de negligencia;

Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o aparatos; notificarle a una persona sobre productos o aparatos que se van a recolectar, reparar o reemplazar; notificarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o notificarle a la autoridad gubernamental correspondiente cuando creamos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Abuso o negligencia:** Podemos divulgar su registro sanitario a las autoridades apropiadas si existe una sospecha válida de que Ud. es una posible víctima de abuso o negligencia, violencia doméstica o posible víctima de otros crímenes. Podemos divulgar su información de salud en la medida que sea necesario para evitar una amenaza seria para su salud o la seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

**Seguridad Nacional:** Nosotros podemos divulgar la información de salud del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares en ciertas circunstancias. Nosotros podemos divulgarles a los funcionarios federales autorizados la información que requieran para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia o de otro tipo de seguridad nacional. Nosotros podemos compartir la información de salud protegida de un recluso o paciente a una institución correccional u oficial de policía que tenga custodia legal de esa persona.

**Recordatorios de citas:** Podemos contactarlo/la para recordarle su cita a través de mensajes en su teléfono, postales o cartas. También podemos dejar un mensaje con la persona que conteste el teléfono si Ud. no se encuentra disponible.

**Hoja de registro y anuncio:** Al llegar a nuestro centro, nosotros podemos utilizar y divulgar información médica sobre Ud. al pedirle que firme una hoja de entrada en nuestra recepción. También podemos anunciar su nombre cuando estamos listos para atenderlo/la.

## LOS DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene derecho a ver o conseguir copias de su información de salud con limitadas excepciones. Usted deberá solicitarlo por escrito. El formulario para solicitar acceso se puede obtener usando la información de contacto al final de este Aviso. Usted también puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita información que tenemos en papel, nosotros podemos proporcionarle fotocopias. Si pide información que mantenemos de forma electrónica, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica. Nosotros usaremos la forma y formato que usted pida si está disponible. Nosotros le cobraremos un cargo razonable basado en el costo de los suministros y el trabajo de hacer las copias, y por el franqueo si quiere que le enviemos las copias por correo. Comuníquese con nosotros usando la información al final de este Aviso para que le expliquemos nuestra estructura de cargos. Si se le niega una solicitud de acceso, usted tiene derecho a que la denegación sea revisada de conformidad con los requisitos de las leyes aplicables.

**Registro de divulgación:** Usted tiene derecho a recibir un registro de las veces que se ha divulgado su información de salud de conformidad con las leyes y regulaciones aplicables. Para pedir un registro de las divulgaciones de su información de salud, deberá presentarle una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Si usted solicita este registro más de una vez en un período de 12 meses, nosotros podemos cobrarle un monto razonable basado en el costo por responder a las solicitudes adicionales.

**Derecho a solicitar una restricción:** Usted tiene derecho a solicitar restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud protegida presentándole una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Su solicitud por escrito deberá incluir (1) la información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación, o ambos, y (3) a quién quiere que le apliquen las limitaciones. A nosotros no se nos requiere estar de acuerdo con su solicitud excepto en el caso en que la divulgación sea a un plan médico con el propósito de recibir pago o efectuar operaciones de salud, y la información es únicamente en referencia a un artículo o servicio de salud por el que usted, o una persona a nombre suyo (que no sea el plan médico) haya pagado por completo a nuestro consultorio.

**Comunicación alternativa:** Usted tiene derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por un medio alternativo o en un lugar alternativo. Usted deberá solicitarlo por escrito. Su solicitud deberá especificar el medio o lugar alternativo, y proporcionar una explicación satisfactoria sobre cómo se manejan los pagos en el medio o lugar alternativo que está solicitando. Nosotros acomodaremos toda solicitud razonable. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted usando los medios o lugares que ha solicitado, entonces podremos comunicarnos con usted usando la información que tengamos.

**Derecho a recibir notificación de acceso no autorizado:** Usted recibirá notificaciones de cualquier acceso no autorizado a su información de salud protegida según lo requiere la ley.

**Enmienda:** Usted tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su solicitud deberá ser por escrito, y la misma deberá explicar por qué la información debe ser enmendada. Nosotros podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si estamos de acuerdo con su solicitud, enmendaremos su expediente y se lo notificaremos. Si denegamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué la negamos y explicaremos sus derechos.

**Investigación:** Su información de salud puede ser divulgada a investigadores con fines de investigación. En tal situación, no se requiere su firma, decisión aprobada por la Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad.

**Aviso electrónico. Usted puede recibir una copia impresa de este aviso si la solicita:** Aún cuando haya acordado recibir este Aviso electrónicamente en nuestro sitio Web o por correo electrónico (*e-mail*).

**PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Funcionario de Privacidad: Janet Torres Teléfono: (559) 732-4279 Fax: (559) 636-4455

Dirección: 1979 Hillman Street, Tulare, CA 93274 Correo Electrónico: Janet@Hapybear.com

Si le preocupa que pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión nuestra en cuanto al acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud suya para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por un medio alternativo o a un lugar alternativo, usted puede presentarnos una queja al respecto usando la información de contacto al final de este Aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando la solicite.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. Nosotros no tomaremos ningún tipo de represalia si usted decide presentarnos una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

**Afirmo que he recibido una copia de este Aviso de Practicas de Privacidad para Hapy Bear Surgery Center.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

# Autoidentificación de Raza y Etnicidad, Estilo de Aprendizaje, y Nivel de Educación

Es un requisito que Hospitales y otros centros de salud proveen información de la raza y etnicidad de sus pacientes a la oficina de California Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD). (California Health and Safety Code Division 107, Part 5, Sections 128735, 128736, and 128737.) La data será utilizada para proyectos de salud incluyendo investigaciones diagnósticas, identificación y corrección de desigualdades en acceso y resultados de servicios de salud, el manejo y la entrega de servicios de salud y programas de salud pública, la calidad de servicios de salud, y para informar decisiones. Información que podría identificar un paciente individual está cifrada dentro del sistema del Estado.

La **autoidentificación** de Etnicidad y Raza de cada paciente promueve la integridad y calidad de data demográfica. Cuando el paciente no es capaz de proveer la información, un familiar y guardián puede completar la información.

Favor de marque en **CADA cuadro** abajo en relación al **PACIENTE** (Favor de marcar claramente):

**PASO 1:** Elija **una (1)** categoría de **Etnicidad**:

- HISPANO ó LATINO
- NO-HISPANO ó NO-LATINO
- No Quiero Decir

**PASO 2:** Elija **TODAS** que aplican en la categoría de **Raza**:

- AMERICANO NATIVO ó NATIVO DE ALASKA
- ASIÁTICO
- NEGRO ó AFROAMERICANO
- NATIVO HAWAIANO ó de Las ISLAS PACIFICAS
- BLANCO
- OTRO - Cualquier raza no mencionada en las categorías arriba  
Pacientes que se identifican con más de una raza pueden seleccionar "Otro" o cualquiera de las categorías arriba.
- No Quiero Decir

Para poder cumplir con los requisitos del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (HHS) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), y para interactuar más eficazmente con los padres/tutores de nuestros pacientes, **favor de responder las siguientes dos (2) preguntas con relación al PADRE/GUARDIAN del paciente:**

**PASO 3:** ¿Cómo prefiere aprender?

- Auditivo (Escuchando)
- Visual (Fotos y Demostraciones)
- Escrito (Leyendo)

**PASO 4:** ¿Cuál es el nivel de educación formal que ha terminado?

- Ninguno
- Primaria
- Secundario
- Universidad o más

**Hapy Bear Surgery Center** proporciona el uso de intérpretes calificados siempre que exista una barrera lingüística o de comunicación. Para los pacientes que son menores de edad o incapacitados, será determinado el idioma preferido del padre/madre, guardián, o encargado de tomar decisiones del paciente.

**Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-808-9008

**繁體中文 (Chinese)**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-808-9008

**Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-808-9008

**Tagalog (Filipino)**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-808-9008

**한국어 (Korean)**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-808-9008 번으로 전화해 주십시오

**Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծառայություններ: Զանգահարեք 1-888-808-9008

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-808-9008

**हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-808-9008 पर कॉल करें।

**فارسی (Farsi)**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-808-9008 تماس بگیرید.

**日本語 (Japanese)**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-808-9008まで、お電話にてご連絡ください。

**العربية (Arabic)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-808-9008

**ខ្មែរ (Cambodian)**

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ សាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-808-9008។

**Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-808-9008

**ਪੰਜਾਬੀ (Panjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-808-9008 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ภาษาไทย (Thai)**

หมายเหตุ: หากคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-808-9008