



# Comprehensive Cardiovascular

Leading the fight against heart disease

INFORMACION DEL PACIENTE			
NOMBRE (Apellido, Primer Segundo)		NUMERO DE EXPEDIENTE	SEGURO SOCIAL #
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NUMERO DE TELEFONO #	NUMERO DE CELLULAR (ANDROID OR IPHONE?) #
DOMICILIO CIUDAD, ESTADO CODIGO POSTAL			
CORREO ELECTRONICO	PREFERENCIA DE TELE LLAMADA Facetime Google Duo Zoom Doxy.me Otro:		REGISTREME EN PORTAL DE PACIENTE SI / NO
DOCTOR PRIMARIO	QUIEN LO REFIRIO?		CONTACTO DE ERMEGENCIA: Nombre: Telefono:
SEGURO MEDICO PRIMARIA			
NOMBRE DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO		POLIZA#	
EL SUSCRIPTOR PRINCIPAL SI MISMO CONYUGE PADRE HIJO		GRUPO#	
DOMICILIO CIUDAD, ESTADO CODGIO POSTAL DEL ASEGURANZA			
SEGURO MEDICO SECUNDARIA (Si tiene)			
NOMBRE DEL SEGURO MEDICO SECUNDARIA		POLIZA#	
EL SUSCRIPTOR PRINCIPAL SI MISMO CONYUGE PADRE HIJO		GRUPO#	
DOMICILIO CIUDAD, ESTADO CODIGO POSTAL DEL ASEGURANZA			
INFORMACION DEL EMPLEADOR			
EMPLEADOR PRIMARIO		OCUPACION	NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO #
DOMICILIO CIUDAD, ESTADO CODIGO POSTAL DEL EMPLEADOR			
TUTOR LEGAL DEL PACIENTE			
NOMBRE (Apellido, Primer Segundo)	RELACION AL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	LENGUAJE
DOMICILIO CIUDAD, ESTADO CODIGO POSTAL			
NUMERO DE TELEFONO		NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO (Si tiene)	

1. I hereby assign the insurance benefit payment, both basic and major medical to which I am entitled, directly to the doctor rendering service. I understand that I am financially responsible for the charges not covered by the assignment. A photocopy of this authorization is accepted with the same authority as the original.  
2. I hereby authorize the physician to release any information acquired in the course of my treatment to another physician of my choice, my insurance company, my attorney or to me at the above address within one (1) year of the date of this signature.

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN

FECHA



# Comprehensive Cardiovascular

Leading the fight against heart disease

5945 Truxtun Extension ■ Bakersfield, CA 93309

## CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES CARDIACOS DE PACIENTES NUEVOS

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de hoy:
Quien lo refirio:	Doctor Primario:	Farmacia:
Razon de la visita:	Ocupacion:	Seguro Medico:
Medicamentos Actuales: (Nombre, dosis y frecuencia)		
ALERGIAS: YODO    MARISCOS    ASPIRINA    CINTA    LATEX    OTRO:		

- Ataque del Corazon
- Angiografia
- Angioplastia/ STENT
- Miocardiopatia
- Cirugia de Desviacion Coronaria (bypass)
- Insuficiencia Cardiaca
- Fibrilacion Auricular
- Arritmia
- Marcapasos
- Derrame Cerebral
- Trastorno valvular o Reemplazo
- Aneurismas
- Enfermedad Vasculat Periferica

### FACTORES DE RIESGO:

- Tabaco / Fumar
- Colesterol Alto
- Diabetes
- Alcohol/Drogas
- Hipertension
- Historia Familiar

### PRUEBAS/PROCEDIMIENTOS PREVIOS: (Fechas, donde hecho, resultados si se conocen)

Ecocardiograma	Electrocardiograma	Monitor Cardiaco: (24 hr EKG)	Prueba de Estres
CTA Coronaria	Doppler de Extremidades Inferiores		Transonido de Arterias Carotidas

### HISTORIA MEDICA PASADA:

- Apnea del Sueno
- Cancer
- Ansiedad
- Enfermedad Pulmonar
- Disfuncion Erectil
- Productos sanguineos rechazados
- GERD:Reflujo/Indigestion
- Disfuncion Tiroidea
- Enfermedad del Rinon
- Sangrado/Transfusiones

### Cirugias/Otras?:



**Comprehensive  
Cardiovascular**

*Leading the fight against heart disease*

## **FORMULARIO DE CONSINTIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_ (su nombre), por la presente petición del uso de los siguientes canales confidenciales para la comunicación de información relacionada con mi salud personal, tratamiento o pago de tratamiento.

**Esta petición reemplaza cualquier previa solicitud de comunicaciones confidenciales canal que cometí.**

**Por favor seleccione todas las que apliquen. Donde enumeras más de una opción de comunicación, por favor, indique que usted prefiere.**

**Quiero que me contacta por teléfono al:** \_\_\_\_\_

Si      No                      dejar mensajes en el contestador automático.

Si      No                      dejar mensajes con cualquier otra persona (en caso afirmativo indique los nombres abajo.)

- Esposo/ Esposa : \_\_\_\_\_
- Hijos/ Hijas: \_\_\_\_\_
- Padres: \_\_\_\_\_
- Hermano/ Hermana: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**Quiero que me contactan en la siguiente dirección:** \_\_\_\_\_

**Correo electronico:** \_\_\_\_\_

Seré responsable de comunicar cualquier cambio o nueva restricciones a su oficina en la escritura.

### **PACIENTE ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Usted tiene el derecho a negarse a firmar este reconocimiento**

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia de esta oficina de practicas de privacidad  
(Firma de paciente o padre de paciente)

que exige la ley.

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED**  
**PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**  
**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y controlar su información médica protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, condición de salud física o mental presente o futuro y los servicios relacionados.

**USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:**

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de atención médica a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, con el apoyo el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:**

Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero. Por ejemplo, podríamos revelar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que brinda atención a usted. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar de usted.

**Pago:**

Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago de su cuidado-los servicios de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información protegida de salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

**Operaciones de atención médica:**

Podemos usar o revelar, como sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de evaluación de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de inscripción en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita.

**Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones con su autorización.**

**Estas situaciones incluyen:**

Cuestiones de salud pública como lo requiere la ley, estas Enfermedades Transmisibles: Vigilancia de la Salud: Abuso o Negligencia: Requisitos Food and Drug Administration: Procedimientos Legales: aplicación de la ley: Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: Investigación: Actividad Criminal: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Compensación a los Trabajadores: Presos: Usos y Revelaciones requeridas: Bajo la ley, debemos hacer revelaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida:**

Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, criminal, o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información protegida de la salud:**

Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será revelada a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado de a efectos de notificaciones, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Usted solicitud debe indicar las restricciones específicas ya quien usted desea que la restricción se aplica.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si el médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y divulgación de su información protegida de la salud, su información de salud protegida no será restringida. A continuación, tiene el derecho a utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de esta notificación, previa solicitud, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si alguna, de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informará por correo de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

**Quejas:**

Usted tiene el derecho de presentar una queja con nuestro Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que su derecho a la privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona, por escrito o por teléfono al (661) 631-5544 extensión 108.

Este aviso fue publicado y entra en vigencia en / o antes del 14 de abril de 2003.