

# WELCOME

## PATIENT INFORMATION

DATE/FECHA \_\_\_\_\_  
SS/ID# \_\_\_\_\_  
PATIENT NAME/NOMBRE \_\_\_\_\_  
LAST NAME/APELLIDO \_\_\_\_\_  
FIRST NAME/PRIMERO NOMBRE \_\_\_\_\_ MIDDLE INITIAL/SEG. INICIAL \_\_\_\_\_  
ADDRESS/LA DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
CITY/CIUDAD \_\_\_\_\_  
STATE/ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP/CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
EMAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
SEX/EL SEXO  M  F AGE \_\_\_\_\_  
BIRTHDAY/CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_  
 MARRIED/CASADO  WIDOWED/VIUDA  SINGLE /SOLO  
 MINOR/MENOR DE EDAD  SEPARATED/APARTADO  
 DIVORCED/DIVORCIADO  PARTNERED FOR \_\_\_ YEARS/  
ACOMPaña PARA \_\_\_\_\_ AÑOS  
OCCUPATION/OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
PATIENT EMPLOYER/SCHOOL/EMPLEADOR/ESCUELA \_\_\_\_\_  
EMPLOYER/SCHOOL ADDRESS/LA DIRECCIÓN DE  
EMPLEADOR O ESCUELA \_\_\_\_\_  
SPOUSE'S NAME/NOMBRE DE ESPOSO(A) \_\_\_\_\_  
BIRTHDAY/CUMPLEAÑOS DE ESPOSO(A) \_\_\_\_\_  
WHO REFERRED YOU?/QUIEN LO REFIRIÓ? \_\_\_\_\_

## INSURANCE

WHO IS RESPONSIBLE FOR THIS ACCOUNT? /QUIEN ES EL RESPONSIBLE DEL PAGO? \_\_\_\_\_  
INSURANCE CO./COMPAÑIA DE SEGURO \_\_\_\_\_  
IS PATIENT COVERED BY ADDITIONAL INSURANCE? LA PACIENTE TIENE SEGURO ADICIONAL?  YES/SÍ  NO  
SUBSCRIBER'S NAME/NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_  
BIRTHDATE/CUMPLEAÑOS DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP/ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_  
**ASSIGNMENT AND RELEASE/ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN**  
CERTIFICO QUE YO [Y/O MIS DEPENDIENTE(S)] TENEMOS COBERTURA DE SEGURO MÉDICO CON \_\_\_\_\_  
INSURANCE COMPANY/LA COMPAÑIA DE SEGUROS \_\_\_\_\_  
Y ASIGNAR DIRECTAMENTE AL **DR. ERIC GOLDBERG** TODOS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, DE OTRA MANERA PAGABLE A MÍ POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS PAGADOS O NO POR EL SEGURO. AUTORIZO EL USO DE MI FIRMA PARA TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGURO. EL MÉDICO MENCIONADO ANTERIORMENTE PUEDE UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y PUEDE DIVULGAR DICHA INFORMACIÓN A LA COMPAÑIA DE SEGUROS MENCIONADA ANTERIORMENTE Y SUS AGENTES CON EL FIN DE OBTENER PAGOS POR SERVICIOS Y DETERMINAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O LOS BENEFICIOS A PAGAR POR SERVICIOS RELACIONADOS. ESTE CONSENTIMIENTO TERMINARÁ CUANDO SE COMPLETE MI PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL O UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA A CONTINUACIÓN.  
SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE  
FIRMA DE PACIENTE, GUARDIÁN O REPRESENTANTE PERSONAL \_\_\_\_\_  
PRINT NAME/IMPRIME NOMBRE DE PACIENTE, GUARDIÁN O REPRESENTANTE PERSONAL \_\_\_\_\_  
DATE/FECHA \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO PATIENT/RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

## PHONE NUMBERS

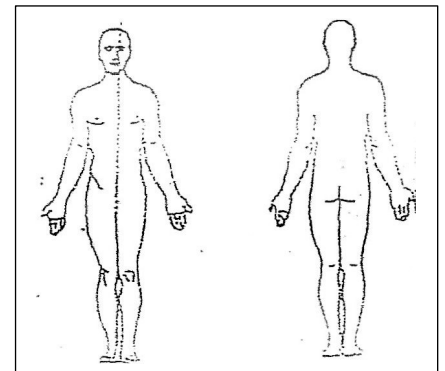
HOME PHONE/TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_  
CELL PHONE/TELÉFONO MÓVIL \_\_\_\_\_  
BEST TIME & PHONE TO REACH YOU/MEJOR MOMENTO Y TELÉFONO CONTACTARTE \_\_\_\_\_  
IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA: NAME \_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP/RELACIÓN CON EL CONTACTO \_\_\_\_\_  
PHONE NUMBER/TELÉFONO \_\_\_\_\_

## ACCIDENT INFORMATION

IS CONDITION DUE TO AN ACCIDENT?/LA CONDICIÓN SE DEBE A UN ACCIDENTE?  YES  NO DATE \_\_\_\_\_  
TYPE OF ACCIDENT/TIPO DE ACCIDENTE: \_\_\_\_\_  
 AUTO  WORK/TRABAJO  OTHER/OTRO \_\_\_\_\_  
TO WHOM HAVE YOU REPORTED OF YOUR ACCIDENT?  
 AUTO INSURANCE/SEGURO  EMPLOYER/EMPLEADOR  
 WORKERS COMP/COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES  
ATTORNEY NAME/NOMBRE DEL ABOGADO: \_\_\_\_\_

## PATIENT CONDITION

REASON FOR VISIT/MOTIVO DE LA VISITA \_\_\_\_\_ HEIGHT/TALLA \_\_\_\_\_ WEIGHT/PESA \_\_\_\_\_  
WHEN DID YOUR SYMPTOMS APPEAR?/CUÁNDO COMENZARON TUS SÍNTOMAS? \_\_\_\_\_  
IS CONDITION GETTING PROGRESSIVELY WORSE?/LOS SÍNTOMAS ESTÁN EMPEORANDO?  
 YES/SÍ  NO  UNKNOWN/DESCONOCIDO  
MARK AN X ON THE PICTURE WHERE YOU CONTINUE TO HAVE PAIN, NUMBNESS, OR TINGLING:  
MARQUE CON UN X EN LA IMAGEN DONDE SIGUE TENIENDO DOLOR, ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO:  
RATE THE SEVERITY OF YOUR PAIN ON A SCALE FROM 1(LEAST PAIN) TO 10 (SEVERE PAIN):  
CUAL ES LA SEVERIDAD DE TU DOLOR DEL 1 (MENOS DOLOR) AL 10 (DOLOR SEVERO): \_\_\_\_\_  
TYPE OF PAIN/TIPO DE DOLOR:  SHARP/AFILADO  DULL/SORDO  THROBBING/PALPITANTE  
 NUMBNESS/ENTUMECIDO  TINGLING/HORMIGUEO  SHOOTING/DOLOR PUNZANTE  
 BURNING/ARDIENTE  ACHING/DOLORIDO  CRAMPS/CALAMBRES  STIFFNESS/RÍGIDO  
 SWELLING/HINCHAZÓN  OTHER/OTRO \_\_\_\_\_  
HOW OFTEN DO YOU HAVE THIS PAIN?/CON QUÉ FRECUENCIA TIENE DOLOR? \_\_\_\_\_  
IS IT CONSTANT OR DOES IT COME AND GO?/ES CONSTANTE O VA Y VIENE? \_\_\_\_\_  
DOES IT INTERFERE/INTERFIERE CON  WORK/TRABAJO  SLEEP/DORMIR  DAILY ROUTINE/RUTINA  RECREATION/RECREACIÓN



## HEALTH HISTORY

### SU HISTORIAL DE SALUD

**What treatment have you received for your condition?/Qué tratamiento ha recibido para su condición?**

MEDICATIONS/MEDICAMENTOS      SURGERY/CIRUGÍA      PHYSICAL THERAPY/TERAPIA FÍSICA  
 CHIROPRACTIC/QUIROPRÁCTICA      NONE/NINGUNO      OTHER/OTRO \_\_\_\_\_

**Name & address of other doctors who have treated your condition/Nombre y dirección de otros médicos que han tratado su condición** \_\_\_\_\_

**DATE OF LAST**      PHYSICAL EXAM/Examen físico \_\_\_\_\_      SPINAL XRAY/Radiografía espinal \_\_\_\_\_

**FECHA DE ÚLTIMA:**      BLOOD TEST/Análisis de sangre \_\_\_\_\_      SPINAL EXAM/Examen de columna \_\_\_\_\_

   CHEST X-RAY /Radiografía de pecho \_\_\_\_\_      URINE TEST/Examen de orina \_\_\_\_\_

MRI, CT SCAN, BONE SCAN/Resonancia magnética, tomografía computerizada, escaneo de huesos \_\_\_\_\_

**Please mark the "Yes"/"No" to indicate if you have the following/Marca "sí"/"no" para indicar si tienes los siguiente:**

AIDS/HIV <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DIABETES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEASLES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EMFISEMA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MIGRAINES. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DOLORES DE CABEZA	RHEUMATIC FEVER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO FIEBRE REUMÁTICA
ALERGIAS(VACUNA) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EPILEPSIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MISCARRIAGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SCARLET FEVER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ESCARLATINA
ANEMIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FRACTURAS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MONONUCLEOSIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	STROKE/DERRAME <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO CEREBRAL
ANOREXIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	GLAUCOMA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ESCLEROSIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO MÚLTIPLE	INTENTO DE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SUICIDIO
APENDICITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	GOITER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD DE BOCIO	MUMPS/PAPERAS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	THYROID <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PROBLEMAS TIROIDEOS
ARTRITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	GONORREA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TONSILITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
ASMA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	GOUT/GOTA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	PACEMAKER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
BLEEDING DISORDERS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TRASTORNOS HEMORRAGICOS	HEART DISEASE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO CARDIOPATÍA	PARKINSON'S <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DISEASE	CRECIMIENTO DE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TUMORES
BREAST LUMP/BULTO EN EL PECHO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HEPATITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	PINCHED NERVE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO NERVIO PELLIZCADO	FIEBRE TIROIDEA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
BRONQUITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HERNIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NEUMONÍA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ÚLCERAS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
BULIMIA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DISCO HERNIADO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	POLIO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VAGINALES. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO INFECCIONES
CÁNCER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HERPES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMA DE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PRÓSTATA	VENEREAL DISEASE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD VENÉREA
CATARATAS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HIGH CHOLESTEROL <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO COLESTEROL ALTO	PRÓTESIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	WHOOPIING COUGH <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TOS FERINA
CHEMICAL <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DEPENDENCIA QUÍMICA	KIDNEY DISEASE. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD RENAL	ARTRITIS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO REUMATOIDE	OTHER/OTRO _____
CHICKEN POX <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO VARICELA	LIVER DISEASE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD HEPÁTICA	PSYCHIATRIC <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	

<b>EXERCISE/EJERCICIO</b>	<b>WORK/ACTIVIDAD DE</b>	<b>HABITS/HÁBITOS</b>
<input type="checkbox"/> NONE/NADA	<b>TRABAJO</b> <input type="checkbox"/> SITTING/SENTADO	<input type="checkbox"/> SMOKING/DE FUMAR: PACKS A DAY/PAQUETES AL DÍA _____
<input type="checkbox"/> MODERATE/UN POCO	<input type="checkbox"/> STANDING/EN PIE	<input type="checkbox"/> ALCOHOL: DRINKS A WEEK/BEBIDAS POR SEMANA _____
<input type="checkbox"/> DAILY/CADA DÍA	<input type="checkbox"/> LIGHT LABOR/TRABAJO LIGERO	<input type="checkbox"/> COFFEE/CAFFEINE/CAFÉ/BEBIDAS CON CAFEÍNA: CUPS/DAY ____
<input type="checkbox"/> HEAVY/MUCHAS VECES	<input type="checkbox"/> HEAVY LABOR/TRABAJO PESADO	<input type="checkbox"/> HIGH STRESS/ALTA ESTRÉS      CAUSA _____

ARE YOU PREGNANT?/ESTÁS EMBARAZADA?       YES/SÍ    NO      DUE DATE/FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_

<b><u>INJURY/SURGERY HISTORY/HISTORIAL DE LESIONES O CIRUGÍAS:</u></b>	<b><u>DESCRIPTION /DESCRIPCIÓN</u></b>	<b><u>DATE/FECHA</u></b>
FALLS/CAÍDAS	_____	_____
HEAD INJURIES/LESIONES EN LA CABEZ	_____	_____
BROKEN BONES/HUESOS ROTOS	_____	_____
DISLOCATIONS/DESLOCALIZACIÓN	_____	_____
SURGERIES/CIRUGÍAS	_____	_____

<b><u>MEDICATIONS/MEDICAMENTOS</u></b>	<b><u>ALLERGIES/ALERGIAS</u></b>	<b><u>VITAMINS/HERBS/MINERALS/VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES</u></b>
_____	_____	_____
PHARMACY NAME/NOMBRE DE LA FARMACIA _____	_____	_____
TEL#:	_____	_____

**PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**  
**RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ACKNOWLEDGEMENT FORM / FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO**

*I HAVE RECEIVED THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND I HAVE BEEN PROVIDED AN OPPORTUNITY TO REVIEW IT. / HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE REVISARLO.*

NAME/NOMBRE \_\_\_\_\_

BIRTHDAY/ CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_

SIGNATURE/FIRMA \_\_\_\_\_

DATE/FECHA \_\_\_\_\_

**TOTAL MEDICAL N.Y. PC**  
93-24 QUEENS BLVD. SUITE 1G  
REGO PARK, NY, 11374  
(T) 718-730-9040 (F) 718-730-9043

**ASSIGNMENT AND RELEASE/ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN**

I CERTIFY THAT I, AND/ OR MY DEPENDANT(S) HAVE INSURANCE COVERAGE WITH /  
*CERTIFICO QUE YO Y/O MI DEPENDIENTE(S) TEMENOS COBERTURA DE SEGURO CON*

\_\_\_\_\_  
NAME OF INSURANCE COMPANY / NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

AND ASSIGN DIRECTLY TO **DR. ERIC GOLDBERG** ALL INSURANCE BENEFITS, IF ANY OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES RENDERED. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I AUTHORIZE THE USE OF MY SIGNATURE FOR ALL INSURANCE SUBMISSIONS. THE ABOVE-NAMED DOCTOR MAY USE MY HEALTH CARE INFORMATION AND MAY DISCLOSE SUCH INFORMATION TO THE ABOVE- NAMED INSURANCE COMPANY(IES) AND THEIR AGENTS FOR THE PURPOSE OF OBTAINING PAYMENTS FOR SERVICES AND DETERMINING INSURANCE BENEFITS OR THE BENEFITS PAYABLE FOR RELATED SERVICES. THIS CONSENT WILL END WHEN MY CURRENT TREATMENT PLAN IS COMPLETED OR ONE YEAR FROM THE DATE SIGNED BELOW.  
Y ASIGNAR DIRECTAMENTE AL **DR. ERIC GOLDBERG** TODOS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, SI LOS HUBIERE, PAGADEROS A MÍ POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, YA SEA QUE LOS PAGUE O NO EL SEGURO. AUTORIZO EL USE DE MI FIRMA PARA TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGUROS. EL MEDICO MENCIONADO ANTERIORMENTE PUEDE USAR MI INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y PUEDE DIVULGER DICHA INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS MENCIONADA ANTERIORMENTE Y SUS AGENTES CON EL FIN DE OBTENER PAGOS POR LOS SERVICIOS Y DETERMINER LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR LOS SERVICIOS RELACIONADOS. ESTE CONSENTIMIENTO FINALIZARÁ CUANDO SE COMPLETE MI PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL O UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA FIRMADA A CONTINUACIÓN.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE

FIRMA DEL PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE PERSONAL

\_\_\_\_\_  
PLEASE PRINT NAME OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE, PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE PERSONAL

\_\_\_\_\_  
DATE / FECHA

\_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE

## Tu información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Por favor revíselo detenidamente.**

Efectiva: January 1, 2024

### **Tus Derechos** - Tienes derecho a:

- Obtenga una copia de su expediente médico impreso o electrónico
- Corrija su expediente médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

### **Tus opciones** - Tiene opciones en la forma en que usamos y compartimos información cuando:

- Cuénteles a familiares y amigos sobre su condición
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Incluirle en un directorio de hospitales
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información.
- Recaudar fondos

### **Nuestros usos y divulgaciones** - Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Tratarle
- Dirigir nuestra organización
- Factura por tus servicios
- Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

### **Tus Derechos**

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### **Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

#### **Ask Pídanos que corrijamos su expediente médico**

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- You Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información para fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

### **Elige a alguien que actúe por ti**

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una denuncia si siente que se vulneran sus derechos**

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, un correo electrónico a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov), or visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html>
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Tus Opciones**

### **Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.**

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Dinos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención

- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
- Incluir su información en un directorio de hospitales

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no nos comuniquemos con usted nuevamente.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

### **¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?**

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

#### **Para tratarte**

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando  
*Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

#### **Dirige nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.  
*Ejemplo: utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

#### **Factura por tus servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.  
*Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, ver: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

#### **Ayuda con problemas de salud y seguridad pública**

Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiradas de productos
- Informar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

**Para investigación**

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

**Consentir con ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

**Trabajar con un médico forense o director de funeraria.**

Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere

**Atender la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamo de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

**Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

**Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# Patient Summary Form

PSF-750 (Rev: 7/1/2015)

## Patient Information

Patient name Last	First	MI

Female

Male

Patient date of birth		

Patient address	City	State	Zip code

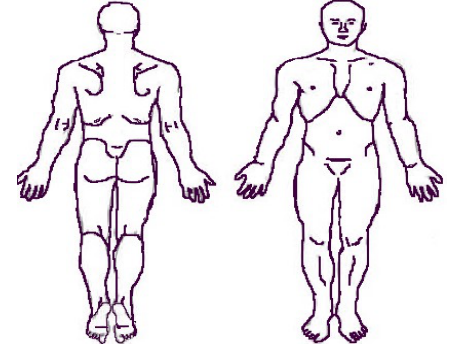
### Patient Completes This Section:

(Please fill in selections completely)

Symptoms began on:

--	--	--

Indicate where you have pain or other symptoms:



1. Briefly describe your symptoms:

2. How did your symptoms start?

3. Average pain intensity:

Last 24 hours: no pain (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) worst pain

Past week: no pain (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) worst pain

4. How often do you experience your symptoms?

(1) Constantly (76%-100% of the time) (2) Frequently (51%-75% of the time) (3) Occasionally (26% - 50% of the time) (4) Intermittently (0%-25% of the time)

5. How much have your symptoms interfered with your usual daily activities? (including both work outside the home and housework)

(1) Not at all (2) A little bit (3) Moderately (4) Quite a bit (5) Extremely

6. How is your condition changing, since care began at *this* facility?

(0) N/A — This is the initial visit (1) Much worse (2) Worse (3) A little worse (4) No change (5) A little better (6) Better (7) Much better

7. In general, would you say your overall health right now is...

(1) Excellent (2) Very good (3) Good (4) Fair (5) Poor

Patient Signature: X Date: \_\_\_\_\_