



## Orthopedic & Sports Medicine Institute Of Las Vegas

Randa Bascharon, D.O., Inc.

7281 W. Sahara Ave. Suite 110 Las Vegas, NV 89117

500 E. Windmill Lane Ste 125 Las Vegas NV 89123

6850 N. Durango Drive Ste 218 Las Vegas NV 89149

Ph: 702.947.7790 Fax: 702.947-7792

Información para nuestro pacientes.

Si usted tiene una emergencia llame al 911.

Si usted necesita hablar a uno de nuestros médicos después de horas, usted puede llamar cualquiera de nuestros números de la oficina enumerados arriba. Deje el servicio que contesta saber que usted es uno de nuestros pacientes regulares y de donde usted está llamando. Le dirigirán al médico en la llamada que podrá asistirle. Nuestra oficina rota llamadas con otros médicos ortopédicos locales y hay uno en la llamada diaria.

Pacientes con el bastidor de la fibra de vidrio: **NO DEJE QUE SU MOLDE SE MOJE!**

Si ocurre esto, llame a nuestra oficina cuanto antes para cambiar el molde. (Dejando algunas gotas de agua afuera del molde esta bien pero el acolchado contra su brazo no debe llegar a ser húmedo o mojado).

Si necesita volver a llenar **medicamentos recetados**, preguntamos que usted planea por lo menos **48 horas por adelantado**. Entre en contacto con su farmacia primero. (en donde la prescripción fue llenada por último). Tenga su información de la prescripción lista para ellos cuando usted llame. El número de la prescripción es provechoso, y el nombre y la fuerza de la droga. no es necesario llamar nuestra oficina primero para los rellenos. Tendremos que llamar la farmacia para su información de la prescripción y ésta causará solamente retraso. Si usted está cambiando su farmacia, usted tendrá que entrarnos en contacto con primero pues esto entonces será considerada una nueva prescripción

\*\* Guarde por favor este documento para la referencia futura.

# HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad

Revisado 2013

Vigente a partir del April/14/2003  
Revisado March/26/2013



**Orthopedic and Sports Medicine Institute Of Las Vegas**

**Randa Bascharon, D.O., Inc.**

**7281 W Sahara Ave. Suite 110 Las Vegas, NV 89117**

**Ph: 702.947.7790 Fax: 702.947-7792**

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso de prácticas de privacidad no es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios comerciales y sus subcontratistas, usar 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 para acceder 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 condición de salud física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de salud 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 estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas médicas, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. 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 el diagnóstico o tratamiento.

**Pago:** Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de salud. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información médica protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según 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 se limitan a, la evaluación de la calidad, revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información protegida de salud a estudiantes médicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro 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 está listo para verlo. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita, y le informará sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud. Si usamos o divulgamos su información de salud protegida para actividades de recaudación de fondos, que le ofrecerá la opción de optar por estas actividades. También puede optar interactivo

Podemos usar o revelar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo requiere la ley, problemas de salud pública como lo requiere la ley, las enfermedades transmisibles, la administración sanitaria, requisitos de supervisión, el abuso o negligencia de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, la policía, médicos forenses, directores funerarios, donación de órganos, la investigación criminal actividad, la actividad militar y la seguridad nacional, la indemnización de los trabajadores, los presos y otros usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted por su requerimiento. Según la ley, también hay que divulgar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

## **USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

**Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos** se harán solamente con su **consentimiento, autorización** o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de marketing. Es posible que no venderá su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar o divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información de salud protegida. No vamos a utilizar o divulgar su información de salud protegida que contiene la información genética que se utilizará para fines de suscripción.

**Usted puede revocar su autorización**, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que el médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

## **SUS DERECHOS**

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (de pago)** - De acuerdo a su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida, ya sea en papel o en formato electrónico. 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 utilizados en, una acción o procedimiento, la información de salud protegida civil, penal o administrativa restringido por la ley, la información que está relacionado con la investigación médica en la que han aceptado participar, la información cuya divulgación puede causar daño o lesiones a usted o a otra persona, o la información que se obtuvo bajo la promesa de confidencialidad.

**Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida** - Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. 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 o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, salvo si solicita que el médico no divulga información de salud protegida a su plan de salud con respecto a la atención médica para la que ha pagado en su totalidad de su bolsillo.

**Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales** - Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a petición, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

**Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida** - Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

**Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones** - Usted tiene el derecho de recibir un informe de divulgaciones, papel o electrónicos, excepto las divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; exige la ley, que tuvo lugar antes del 14 de abril de 2003, o seis años anteriores a la fecha de la solicitud.

**Usted tiene el derecho a recibir una notificación de incumplimiento** - Le notificaremos si su información de salud protegida sin garantía ha sido violada.

**Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros**, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónica. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También vamos a hacer copias de nuestro nuevo aviso, si desea obtener uno.

## **QUEJAS**

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

---

HIPAA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

teléfono

email

Estamos obligados por ley a mantener la intimidad de, y proporcionar a las personas con, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso vigente. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal. Por favor firme el formulario "Reconocimiento" que lo acompaña. Tenga en cuenta que al firmar el formulario de reconocimiento sólo se le reconoce que ha recibido o le han dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Provided By HCSI - Revisado 2013



ORTHOPEDICS & SPORTS MEDICINE INSTITUTE OF LAS VEGAS  
RANDA BASCHARON, D.O., INC.

\*\*\*\*\*INFORMACION DEL PACIENTE\*\*\*\*\*

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

APPELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDONOMBRE \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

TEL DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL DE TRABAJO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL MOBILE(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ SEX: MALE FEMALE FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_

ESTADO MARCIAL: MARRIED SINGLE DIVORCED SEPARATED WIDOWED

SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD: NOBRE DE PADRES O PERSONA RESPONSABLE:

APPELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TRABAJO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

DIRECCION DE TRABAJO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE\*\*\*\*\*

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE DEL BILL: APPELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
TEL DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL DE TRABAJO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL MOBILE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ SEXO: MALE FEMALE FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*CONTACTO DE EMERGENCIA\*\*\*\*\*

NOMBRE DEL AMIGO O DEL PARIENTE LOCAL :

APPELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_  
TEL DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL DE CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL MOBILE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*INFORMACION DE SEGURO\*\*\*\*\*

CUÁL ES EL NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN A LAS DEMANDAS DEL CORREO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE SOSTENEDOR**: APPELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE POLITICA/ID# \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_ EMPLIADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL SEGURO SECONDARIO** \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

DIRECCION A LAS DEMANDAS DEL CORREO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE SOSTENEDOR**: APPELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RELATION TO PATIENT: \_\_\_\_\_

POLICY/ID# \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_ EMPLIADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

La información antedicha es verdad al mejor fo mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguro para ser pagado directamente al médico. entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Yo autorizo Orthopedic & Sports Medicine Institute of Las Vegas con Dr. Randa Bascharon D.O., Inc. O compañía de seguros para lanzar cualquier información requerida para procesar mis demandas.

X

FRIMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

ORTHOPEDICS & SPORTS MEDICINE INSTITUTE OF LAS VEGAS  
RANDA BASCHARON, D.O., INC.

CÓMO FUE USTED REFIRIÓ A NUESTRA OFICINA?

OTRO MEDICO: PRIMER NOMBRE LA FACILITY \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_  
SITIO URGENTE DEL CUIDADO/EMERGENCIA: NOMBRE DE \_\_\_\_\_ DIREC \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro me refirió : NOMBRE DE COMPANIA \_\_\_\_\_ # DE AUTORIZACION \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEREPRESENTANTE \_\_\_\_\_

Nombre de un amigo o representante: NOMBRE : \_\_\_\_\_ ¿Son pacientes en esta práctica? SI NO  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

¿CUÁLES SON LA RAZONES QUE LA VEN PARA HOY?

(por favor circule derecho o izquierdo para cada uno)

PARTE DE CUERPO: 1.) \_\_\_\_\_ DERECHO IZQUIERDO 2.) \_\_\_\_\_ DERECHO IZQUIERDO  
3.) \_\_\_\_\_ DERECHO IZQUIERDO 4.) \_\_\_\_\_ DERECHO IZQUIERDO

FECHA DE LESION ACTUAL: \_\_\_\_\_ Lugar que curio: \_\_\_\_\_ **si esto es comp de los worksmans vea abajo**

¿Cómo ocurrió la lesión? EXPLICA: \_\_\_\_\_

\* ¿SI ESTO NO ES LESIÓN O UN ACCIDENTE, CUÁL ES EL INICIO DEL PROBLEMA? \_\_\_\_\_  
¿QUÉ USTED PIENSA PUEDE HABERCAUSADOLO? \_\_\_\_\_

\* ¿SI ERA UN ACCIDENTE DE COCHE, ERA USTED?: (CIRCULE UNO) CONDUCTOR PASAJERO DE ENFRETE PASAJERP DE ATRAS  
MOTOCICLETA MANEJADOR MOTOCICLETA PASSAJERO  
¿USTED USABA UN SEATBELT A LA HORA DE ACCIDENTE?  SI  NO

Ultimo historial médico?: Cirugías y/o enfermedades importantes de la lista:

1.) \_\_\_\_\_ FECHA MEDICO NOMBRE DE HOSPITAL CIUDAD ESTADO  
2.) \_\_\_\_\_ FECHA MEDICO NOMBRE DE HOSPITAL CIUDAD ESTADO  
3.) \_\_\_\_\_ FECHA MEDICO NOMBRE DE HOSPITAL CIUDAD ESTADO  
4.) \_\_\_\_\_ FECHA MEDICO NOMBRE DE HOSPITAL CIUDAD ESTADO

LE HAN DIAGNOSTICADO SIEMPRE CON EL SIGUIENTE: CÍRCULE SOLAMENTE LOS QUE SE APLICAN)

HIGH BLOOD PRESSUE DIABETES MELLITUS ANGINA PECTORIS HEART ATTACK IRREGULAR HEART BEAT BLOOD CLOTS EMPHYSEMA  
ASTHMA HEPATITIS ARTHRITIS ANEMIA(LOW BLOOD COUNT) ULCERS CANCER- de cual? \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a drogas? SI NO (CUALES) \_\_\_\_\_  
1.) \_\_\_\_\_ Reacción FECHA 2.) \_\_\_\_\_ TIPO DE REACCION FECHA  
3.) \_\_\_\_\_ Reacción FECHA 4.) \_\_\_\_\_ TIPO DE REACCION FECHA

MEDICAMIENTOS ACUTUALES:

NOMBRE : \_\_\_\_\_ FUERZA VECES POR DIA PARA MEDICO QUE RECETO  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ FUERZA VECES POR DIA PARA MEDICO QUE RECETO  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ FUERZA VECES POR DIA PARA MEDICO QUE RECETO  
NOMBRE \_\_\_\_\_ FUERZA VECES POR DIA PARA MEDICO QUE RECETO

¿USTED HACE EJERCICIO? SI  NO  De que tipo, y cuantas veces a la semana? \_\_\_\_\_  
¿USTED FUMA O UTILIZA OTROS PRODUCTOS DEL TABACO? SI NO CIGARRILLO MASTICA TABACCO OTRO \_\_\_\_\_  
¿USTED BEBE EL ALCOHOL?  SI  NO CUANTO POR DIA? \_\_\_\_\_ O VECES POR SEMANA? \_\_\_\_\_ O POR MES? \_\_\_\_\_ POR QUANTO TIEMPO \_\_\_\_\_  
¿USTED UTILIZA LAS DROGAS DE LA CALLE? SI NO CUALES \_\_\_\_\_ -QUE TANTO? \_\_\_\_\_ POR QUANTO TIEMPO? \_\_\_\_\_  
QUAL ES SU PESO ACTUAL? \_\_\_\_\_ LBS QUE ALTO? \_\_\_\_\_ FT \_\_\_\_\_ INCHES

\*\*\*\*\***TERMINE**\*\*\*\*\*  
**\*ESTA SECCIÓN ABAJO SOLAMENTE SI USTED TIENE LESIÓN RELACIONADA AL TRABAJO \*  
(COMP DE WORKMANS O INDUSTRIAL)**

¡DEBEMOS TENER INFORMACIÓN COMPLETA Y EXACTA EN TODAS LAS SECCIONES! (PIDA POR FAVOR AYUDA CON LOS LIBROS DE TELÉFONO, O LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS SI ESTÁ NECESITADO PARA ADDRESSSES Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO.) **¡NO DEJE NINGUNA ÁREAS EN BLANCO!**

NOMBRE DEL PATRÓN EN ÉPOCA DE LESIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
DIRECCION DE PATRÓN EN ÉPOCA DE LESIÓN \_\_\_\_\_ FECHA DE LESION ACTUAL \_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEFONO DE PATRÓN ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ LA FECHA TRABAJÓ POR ÚLTIMO PARA ESTE PATRÓN: \_\_\_\_\_ EL PARTES DEL CUERPO DERECHA A IZQUIERDA (CUAL) \_\_\_\_\_  
EXPLIQUE CÓMO OCURRIÓ \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE DEMANDAS: \_\_\_\_\_ CLAIM# \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE AJUSTADOR \_\_\_\_\_ TEL#: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ EXTENSION \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DONDE SE ENVÍAN LAS DEMANDAS: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_



Orthopedic and Sports Medicine Institute Of Las Vegas

Randa Bascharon, D.O., Inc.

7281 W. Sahara Ave. Suite 110 Las Vegas, NV 89117

500 E. Windmill Lane Ste 125 Las Vegas NV 89123

6850 N. Durango Drive Ste 218 Las Vegas NV 89149

Ph: 702.947.7790 Fax: 702.947-7792

AUTORIZACION DE REVELAR LA INFORMATION PROTEGIDA DE SALUD A LA FAMILIA Y/O A PERSONAS EN QUIDADO DEL PACIENTE.

\*\*\*\*\*

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE ( SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) \_\_\_\_\_

En el acontecimiento la medicina avanzada de Orthopedics y de los deportes puede necesitar dar sus resultados de la prueba o la información médica, podemos nosotros.....

\_\_\_\_\_ Dejar el mensaje detallado en la máquina que contesta.

\_\_\_\_\_ Deje un mensaje con mi esopso/a o con un familiar.

\_\_\_\_\_ Llamarle en su teléfono portátil, el número de teléfono es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Llamale en el trabajo, el número de teléfono es: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ es de quién fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, le doy permiso a Orthopedics and Sports Medicine Institue of Las Vegas, Randa Bascharon, D.O., Inc. y los empleados

Autorización para revelar mi información protegida de la salud al siguiente familia, a los amigos, y/o a las personas responsable de salud:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente : \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacer tan en la escritura y presentar mi revocación escrita al departamento médico de los expedientes de Orthopedics and Sports Medicine Institute of Las Vegas, Randa Bascharon, D.O., Inc.

Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que se ha lanzado ya en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información compartida en curso de tratamiento, pago, y operaciones.

Entiendo que eso autorizar el acceso de esta información de la salud es voluntario. Puedo rechazar firmar esta autorización y no necesito firmar esta forma para asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier acceso de la información lleva con él el potencial para un re-acceso desautorizado y la información no se puede proteger por la regla federal de Confidentialty . Si tengo preguntas sobre el acceso de mi información de la salud, puedo pedir más información departe de mi doctora o a los empleados.

A menos que esté revocada de otra manera esta autorización expire la fecha, el acontecimiento, o la condición siguiente:

\_\_\_\_\_ Si fallo en dar una fecha, esta autorización expirará un (1) año de la firma de esta forma.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE DIA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) DIA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE TESTIGO FIRMA DE TESTIGO DIA