

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente solicitud y consentimiento para la realización de tratamientos de acupuntura y otros procedimientos en el ámbito de la práctica de la acupuntura en mí (o en el paciente nombrada a continuación, para los cuales soy legalmente responsable) por el acupunturista nombrada a continuación y / o otros acupunturistas con licencia que ahora o en el futuro me tratan al mismo tiempo empleado por, o asociados con trabajo, o servir como respaldo para el acupunturista nombrada a continuación, incluidos los que trabajan en la clínica o la oficina de la lista, o cualquier otro cargo o clínicas, siendo signatarios de esta forma o no.

Entiendo que los métodos de tratamiento pueden incluir, pero no se limitan a, la acupuntura, la moxibustión, ventosas, la estimulación eléctrica, tui-na (masaje tradicional medicina china), recetas de hierbas chinas y nutricional y la terapia de estilo de vida. Entiendo que las hierbas pueden necesitar ser preparado y consumido decocciones según las instrucciones proporcionadas por vía oral y por escrito. Las hierbas pueden tener un olor o sabor desagradable. Notificará de inmediato a un miembro del personal de la clínica de los efectos no anticipados o desagradables asociados con el consumo de estos suplementos nutricionales o botánicos. Voy a informar al personal de la clínica de cualquier fármaco o suplemento nutricional, que estoy tomando, para permitir el tiempo adecuado y la dosis adecuada de estos suplementos nutricionales o botánicos.

Se me ha informado de que la acupuntura es un método seguro de tratamiento general, pero que puede tener algunos efectos secundarios, como moretones, adormecimiento u hormigueo cerca de los sitios de punción, que puede durar varios días, y los mareos o desmayos. Moretones son un efecto secundario común de la aplicación de "cupping" o "gua sha", métodos de la acupuntura. Riesgos raros de la acupuntura incluyen aborto espontáneo, daño a los nervios y la punción de órganos, incluyendo la punción pulmonar (neumotórax). La infección es otro riesgo posible, aunque la clínica utiliza estériles de un solo uso, agujas desechables y mantiene un ambiente limpio y seguro. Las quemaduras y / o cicatrices son riesgos raros de la moxibustión y "cupping". Yo entiendo que en este documento se describen los principales riesgos del tratamiento, pero otros efectos secundarios pueden ocurrir. Las hierbas y suplementos nutricionales (que son de origen vegetal, animal y mineral de vez en cuando) que se han recomendado tradicionalmente se considera segura en la práctica de la medicina oriental, aunque algunos pueden ser tóxicos en dosis extremas. Entiendo que algunas hierbas y suplementos nutricionales pueden ser inapropiados durante el embarazo. Algunos efectos secundarios de tomar los suplementos nutricionales son náuseas, gases, dolor de estómago, vómitos, dolor de cabeza, diarrea, erupciones, urticaria y hormigueo en la lengua. Voy a notificarle a mi doctor si estoy o si quedo embarazada.

No espero que el personal clínico me pueda explicar todos los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento, y me gustaría contar con el personal clínico de ejercer un juicio durante el proceso de tratamiento que el personal clínico piensa en el momento, basado en todos los hechos, y en mi mejor interés. Entiendo que los resultados no están garantizados.

Entiendo que el personal clínico y administrativo pueden revisar mis registros y los informes de laboratorio, pero todos mis archivos se mantendrán confidencial y no será divulgada sin mi consentimiento por escrito.

Al firmar voluntariamente abajo, muestro que he leído, o que se me ha leído, el consentimiento antes del tratamiento. He sido informado sobre los riesgos y beneficios de la acupuntura y otros procedimientos, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Tengo la intención de usar este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier situación futura(s) que resulta en tratamiento de esta clínica.

Patient Name:

Date of Birth:

Patient Signature:

CONSENTIMIENTO PARA USO / DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Notificación al Paciente:

Al firmar esta forma, usted nos da consentimiento para usar y difundir su información médica privada con el propósito de proveerle **tratamiento médico**, varias actividades asociadas con **pagos y operaciones de su cuidado médico**. Nuestra **Notificación de Prácticas de Privacidad** provee más detalles con respecto a nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado médico. **Todos los co-pagos, deducibles y/o servicios no cubiertos deben ser pagados al momento de recibir el servicio. Su firma autoriza a su aseguradora hacer pagos directamente al médico.** Si no hay una copia de Notificación acompañando este Consentimiento, por favor pida una. Le animamos a que la lea dado que provee detalles acerca de cómo la información referente a usted puede ser usada y/o difundida y describe ciertos derechos que usted tiene con respecto a su información médica.

Como se indica en nuestra **Notificación de Prácticas de Privacidad**, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si necesitamos hacer eso, le extenderemos una nueva **Notificación** revisada. Debido a que las revisiones pueden aplicarse a su información médica, usted tiene el derecho de recibir una copia contactando a nuestro Oficial de Privacidad. Usted tiene el derecho de **revocar** su Consentimiento notificando por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. La revocación no afecta acciones pasadas tomadas en base a este Consentimiento. También debe entender que, si revoca este Consentimiento, podemos rehusar darle tratamiento. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta **Forma de Consentimiento** después de firmarla.

Consentimiento a ser fotografiado

Para poder identificar claramente a nuestros pacientes, nos gustaría tomar una fotografía para su expediente. Por favor marque el casillero que se aplica. Por favor entienda que Compensación para Trabajadores requiere una identificación válida con fotografía.

Por favor marque un casillero

- Sí, doy consentimiento a que se me fotografíe
- No, no doy consentimiento a que se me fotografíe voy a proveer una identificación válida con fotografía.

(la parte de abajo debe ser completada por el paciente o su representante)

Yo he leído el contenido de esta Forma de Consentimiento y he **recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad**. Yo entiendo que estoy dando mi consentimiento para que se difunda mi información médica para poderme dar tratamiento, para actividades de pago y operaciones de tratamiento médico.

<Firma del Paciente> _____

Firma del Paciente o su Representante

Fecha:

FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- The patient refused to sign.
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement.
- We weren't able to communicate with the patient.
- Other *(please provide specific details)*



LA SIGUIENTE NOTIFICACION SE REQUIERE DE ACUERDO A LA LEY DE CALIFORNIA

Doctores e Instalaciones

A usted se le puede recomendar a uno o más de los doctores o instalaciones indicados abajo para prestación de servicios. Cada uno de los doctores indicados abajo tiene un interés financiero en o proporciona servicios a uno o más de los doctores e/o instalaciones indicados.

Libertad de Opción del Paciente

Usted tiene la libertad de escoger a cualquier doctor o instalación que usted desea para obtener servicios que se ordenen o soliciten para usted por cualquiera de los doctores indicados abajo. Esta opción, sin embargo, se podría ver afectada por restricciones impuestas por su plan de seguro. Su doctor discutirá con gusto alternativas con usted.

Fuentes potenciales de información con respecto a alternativas también se pueden obtener de las páginas amarillas, el internet, o la asociación médica del condado.

Las siguientes direcciones se proporcionan para presentar cualquier queja pertinente a esta notificación o los servicios proporcionados: Medical Board of California, 2005 Evergreen Street, Suite 1200, Sacramento, CA 95815; Osteopathic Medical Board of California, 1300 National Drive, Suite 150, Sacramento, CA 95834; Board of Chiropractic Examiners, 2525 Natomas Park Drive, Suite 260, Sacramento, CA 95833-2931.

Doctores

Oficinas:

Dr. Michael Post, MD	<u>RehabOne Medical Group, Inc.</u> 13980 Blossom Hill Road Los Gatos, CA 95032
Dr. Ronald Fujimoto, DO	
Dr. Allen Kaisler-Meza, MD	175 N Jackson Ave. Suite 109 San Jose, CA 95116
Dr. Melinda Brown, MD	
Dr. Elisa Yao, MD	7880 Wren Avenue, Suite F-163 Gilroy, CA 95020
Dr. Amruta Samarth, MD	
Lindsay Anagnost, NP	535 East Romie Lane, Suite 12 Salinas, CA 93901
Jesse Phelps, PA	
Vijayasree Kumar, PA	
Patti Lee, NP	
Nsisong Usanga, NP	
Edward Cremata, NP	

Afirmo que e recibido y estoy de acuerdo

Firma: _____ **Fecha:**

Nombre:

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION ACERCA DE SU SALUD PUEDE SER USADA Y DESGLOSADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACION POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Las leyes federales y del estado requieren que nosotros mantengamos la privacidad de la información sobre su salud y que le informemos acerca de nuestros métodos de privacidad, mediante la entrega a usted de este Aviso. Nosotros debemos cumplir los métodos de privacidad como se describe a continuación. Este Aviso entrará en efecto en Abril 14, 2003 y permanecerá efectivo hasta que sea enmendado o reemplazado por nosotros.

Es nuestro derecho cambiar nuestros métodos de privacidad mediante permisos de la ley para esos cambios. Antes de hacer cambios significativos, este Aviso será enmendado para reflejar los cambios y nosotros tendremos disponible el nuevo Aviso mediante solicitud. Nosotros nos reservamos el derecho de hacer cualquier cambio en nuestros métodos de privacidad y en los nuevos términos de nuestro Aviso, efectivo para toda la información de salud que se mantiene, que sea creada y/o recibida por nosotros antes de la fecha en que fueron hechos los cambios.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento mediante contacto con nuestro Funcionario de Privacidad, Maureen Cervelli. Al final de este Aviso encontrará la información para contactarnos.

USOS TIPICOS Y REVELACIONES DE INFORMACION SOBRE LA SALUD

Nosotros mantendremos la información sobre su salud en forma confidencial, usándola solo para los siguientes efectos:

Tratamiento: Nosotros podemos usar la información sobre su salud para proveerle nuestros servicios profesionales. Hemos establecido promedios "mínimo necesario" o "necesita saberse" que limita el acceso a la información de su salud a varios miembros de la organización, de acuerdo a sus principales funciones de trabajo. Cada uno de nuestros empleados debe firmar una declaración de confidencialidad.

Desglose: Nosotros podemos desglosar y/o compartir información sobre su salud y cuidados con otros profesionales de la salud que suministren tratamiento y/o servicios a usted. Estos profesionales tendrán una póliza de privacidad y confidencialidad como ésta. Información sobre su salud también puede ser revelada a su familia, amigos y/o otras personas que usted escoja para involucrarse en su cuidado, únicamente si usted acepta que nosotros podamos hacerlo.

Pagos: Nosotros podemos usar y revelar la información de su salud para obtener pagos por servicios que suministremos a usted. Este desglose incluye a nuestro personal de oficina y puede incluir organizaciones de seguro u otras empresas que pudieran llegar a involucrarse en el proceso de remitir estados de cuenta por correo, y/o coleccionar saldos pendientes de pago.

Emergencias: Nosotros podemos usar y desglosar la información de su salud para notificar, o asistir en la notificación a un miembro de la familia, o a alguien responsable de su cuidado, en caso de cualquier emergencia relacionada con su cuidado, su ubicación, su condición general, o muerte. De ser posible, nosotros le daremos a usted una oportunidad para objetar este uso o desglose. Bajo condiciones de emergencia, o si usted está incapacitado, nosotros usaremos nuestro juicio profesional para desglosar sólo la información relacionada directamente con su cuidado. También usaremos nuestro juicio profesional para hacer inferencias razonables para su mejor interés, permitiendo que alguien recoja las recetas médicas ya preparadas, rayos-x u otras medios similares de información y/o suministros sobre su salud, a no ser que usted nos haya avisado de lo contrario.

Operaciones del Cuidado de Salud: Nosotros usaremos y desglosaremos la información de su salud para mantener nuestra práctica en operación. Ejemplos del personal que puede tener acceso a esta información incluye, pero no está limitado a, nuestro personal de datos médicos, auditores externos de la salud o administración, e individuos que efectúen actividades similares.

Requerido por la Ley: Nosotros podemos usar o desglosar la información de su salud cuando así nos lo requiera la ley. (Ordenes de la Corte o administrativas, citaciones, hallazgo de solicitudes u otros procesos legales.) Nosotros usaremos y desglosaremos su información cuando sea requerida por la seguridad nacional, inteligencia y otros oficiales del Estado y Federales y/o si usted es un reo, o de alguna manera esté bajo custodia de la fuerza de la ley.

Abuso o Negligencia: Nosotros podemos desglosar la información de su salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o la posible víctima de otros crímenes. Esta información será desglosada únicamente hasta el punto necesario para prevenir una amenaza seria para su salud o seguridad, o la de otros.



Responsabilidades Públicas de la Salud: Nosotros desglosaremos la información del cuidado de su salud para reportar problemas con productos, reacciones a medicamentos, productos recogidos del mercado, exposición a enfermedades e infecciones, y para prevenir y controlar enfermedades, daños y/o discapacidades.

Mercadeo de Servicios Relacionados con la Salud: Nosotros no usaremos la información de su salud para efectos de mercadeo, a no ser que tengamos su autorización escrita para hacerlo.

Seguridad Nacional: La información de salud del personal de las Fuerzas Armadas puede ser desglosada a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Si la información es requerida por fuerzas de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional, nosotros podemos desglosarla a oficiales federales autorizados.

Recordatorio de Citas: Nosotros podemos usar o desglosar la información de su salud para dar a usted recordatorios de citas, que incluyen, pero no se limitan, mensajes verbales, tarjetas postales o cartas.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD COMO NUESTRO PACIENTE

Acceso: Mediante solicitud escrita, usted tiene el derecho de inspeccionar y conseguir copias de la información de su salud (y de un individuo de quien usted sea su tutor legal.) Habrá algunas excepciones limitadas. Si desea examinar la información de su salud, usted necesita completar y suministrar la forma de solicitud apropiada. Contacte nuestro Funcionario de Privacidad para una copia del Formulario de Solicitud. Usted también puede solicitar acceso mediante el envío de una carta a la dirección que aparece al final de este Aviso. Una vez aprobada, puede hacerse una cita para revisar sus datos. Las copias, si se solicitan, serán a \$_____por cada página, y el cargo por el tiempo del personal será de \$_____por hora, incluyendo el tiempo requerido para localizar y copiar la información de su salud. Si desea que las copias le sean enviadas por correo también le será cobrado el porte respectivo. Si usted prefiere un resumen o una explicación de la información de su salud, éste le será suministrado mediante el pago de una tarifa. Por favor contacte a nuestro Funcionario de Privacidad para la tarifa y/o para una explicación de nuestra estructura de tarifas.

Correcciones: Usted tiene el derecho de corregir la información de su salud, si considera que es inadecuada o incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y deberá incluir una explicación del por qué la información debe ser enmendada. Bajo algunas circunstancias su solicitud podría ser negada.

Desgloses no-rutinarios: Usted tiene el derecho de recibir una lista de los desgloses no-rutinarios que hemos hecho a la información del cuidado de su salud. (Cuando nosotros hacemos un desglose rutinario de su información a un profesional para tratamiento y/o para efectos de pago, nosotros no guardamos un dato de desgloses de rutina; por lo tanto éstos no están disponibles.) Usted tiene derecho a una lista de las instancias en que nosotros, o nuestros asociados, desglosamos información por *razones diferentes a* tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud. Usted puede solicitar desgloses no-rutinarios hasta 6 años atrás, comenzando en Abril 14, 2003. Información previa a esa fecha no será suministrada. *(Ejemplo: Si usted solicita información en Mayo 15, 2004, el período de desglose comenzará en Abril 14, 2003 hasta Mayo 15, 2004. Desgloses anteriores a Abril 14, 2003 no tendrán que estar disponibles.)*

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros coloquemos restricciones adicionales sobre el uso o desglose de la información de su salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con estas restricciones adicionales, pero si lo hiciéramos, actuaremos de conformidad con nuestro acuerdo (excepto en emergencias.) Por favor contacte a nuestro Funcionario de Privacidad si usted desea restricción adicional para el acceso a la información del cuidado de su salud. Esta solicitud debe ser suministrada por escrito.

PREGUNTAS Y RECLAMOS

Usted tiene el derecho de comenzar un reclamo con nosotros si usted siente que nosotros no hemos cumplido con nuestras Pólizas de Privacidad. Su reclamo debe ser dirigido a nuestro Funcionario de Privacidad. Si usted cree que nosotros pudimos haber violado sus derechos de privacidad, o si usted está en desacuerdo con una decisión hecha referente a su acceso a la información de su salud, usted puede reclamarnos, por escrito. Solicite un Formulario de Reclamo a nuestro Funcionario de Privacidad. Nosotros apoyamos sus derechos a la privacidad de su información y no tomaremos represalias, en ninguna forma, si usted opta por iniciar un reclamo con nosotros, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

COMO CONTACTARNOS:

Nombre de la Oficina: RehabOne Medical Group / SpineOne
13980 Blossom Hill Road, Los Gatos, STE B, CA 95032
Oficial de Privacidad: Juan Garcia Phone: 408-445-8400 Fax:408-445-0875



Autorización para Compartir Información con Miembro de la Familia / Amigo(a)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a **RehabOne Medical Group, Inc.** intercambiar mi información médica / mi información de salud individualmente identificable

con _____
(miembro de familia / amigo)

Teléfono # _____

Para propósito de: _____

Este consentimiento queda sujeto a ser revocado por el signatario en cualquier momento, excepto que una acción ya haya sido tomado basada en él.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Date:

Información De Contacto De Emergencia

Patient Name:

Date of Birth:

1) Nombre de contacto de emergencia: _____

Relación a usted: _____

Telefono #1: _____

Telefono #2: _____

2) Nombre de contacto de emergencia): _____

Relación a usted: _____

Telefono #1: _____

Telefono #2: _____